27 CONGRESO

Sociedad Española de
Calidad Asistencial (SECA)

& 14 CONGRESO

Sociedad Andaluza de
Calidad Asistencial
(SADECA)

La calidad como compromiso

SECA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

sadeca

© SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial
© SEDECA. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

ISBN: 978-84-692-6022-7
Depósito legal:

Diseño y maquetación:
Daniel Fernández Izquiano, Juan José Domínguez Reyes, Rosa María Ruso Cruz y Carolina Hirzel Rodríguez.

Imprime: Jiménez-Mena, s.l.-Cádiz

El libro de resúmenes de comunicaciones ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Sociedad Española y Andaluza de Calidad Asistencial, así como los organizadores del congreso, no se hacen responsables de los contenidos u opiniones vertidas ni de posibles erratas cometidas.

PRESENTACIÓN

Estimados amigos/as

Una vez más los interesados por la calidad de los servicios sanitarios nos reuniremos como acontece desde hace ya veintisiete años para debatir ideas e intercambiar experiencias, para ver viejos amigos y para dar cabida a quien se incorpora con ilusión y con expectativas al mundo de la calidad asistencial. Hemos evolucionado y madurado en los últimos años como Sociedad Científica y nuestros encuentros alcanzan ya una dimensión acorde con el interés que profesionales, ciudadanos y sociedad en general muestran por la mejora de los servicios sanitarios.

De nuevo Andalucía acogerá nuestro congreso y tendremos la oportunidad para que dos Sociedades Científicas como la Española y la Andaluza de Calidad Asistencial intensifiquen su colaboración y den un mensaje renovado para hacer posible el desarrollo de nuevas políticas de calidad en el conjunto del Estado que redunden en beneficios tangibles para todos los ciudadanos.

El concepto de calidad ha evolucionado al mismo ritmo que nuestra sociedad y por ello tenemos la obligación y el reto de ser la punta de lanza de ese proceso de innovación. Así, el XXVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y el XIV Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial quiere hacer explícito “Nuestro Compromiso con la Calidad Asistencial” profundizando en las responsabilidades que todos los actores tenemos para avanzar por el camino de la mejora continua de nuestro sistema sanitario.

Estamos seguros que el esfuerzo y la colaboración de todos nos va a permitir alcanzar mayores cotas de participación así como dotar al congreso de un contenido científico audaz y sugestivo. Sin duda Sevilla es un buen sitio para lograr ambos objetivos.

Os esperamos.

Antonio Torres Olivera
Presidente del Comité Organizador

Gonzalo Suárez Alemán
Presidente del Comité Científico

RECONOCIMIENTO DE INTERÉS SANITARIO

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

09/167.07
AR/mja

RECEPCIÓN
JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
13 MAR 2009
Registro General 15015/09 Sevilla
Hora

SUBSECRETARÍA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SUBSECRETARÍA
GABINETE TÉCNICO
11 MAR. 2009
SALIDA N.º 237

Se ha recibido en esta Subsecretaría documentación y escrito de Vd., de fecha 26 de febrero de 2009, en el que solicita el reconocimiento de interés sanitario para el **27 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL,** organizado por la referida Sociedad, y a celebrar en Sevilla durante los días 20 al 23 de octubre de 2009.

Dados los objetivos y la valoración positiva que merece el programa del acto, esta Subsecretaría en aplicación de la Orden de 19 de junio de 1984 (Boletín Oficial del Estado de 2 de julio siguiente), tiene el gusto de reconocer como de interés sanitario el mencionado Congreso, cuyas conclusiones o acuerdos adoptados deberán remitirse, dentro del plazo señalado en el artículo 3.2 de la Orden citada, al Gabinete Técnico de esta Subsecretaría de Sanidad y Consumo.

Madrid, a 9 de marzo de 2009
LA SUBSECRETARIA

Consuelo Sánchez Naranjo

D. Antonio Torres Olivera
Presidente del Comité Organizador
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Augusto Peyré, 1 – Edificio Olaver – 3ª planta
41020 SEVILLA

RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD
Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

HECHOS

ÚNICO.- *Con fecha 27 de febrero de 2009,* ***la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial*** *presenta la solicitud y documentación correspondientes por si se estimara oportuno el Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto del acto 27 y 14 Congreso de las Sociedades Española y Andaluza de Calidad Asistencial a celebrar en* ***Sevilla*** *,del 20 al 23 de octubre de 2009.*

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *El Secretario General de Calidad y Modernización es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el articulo 6 del Decreto 193/2008 de 6 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,*

SEGUNDO.- *Examinada la memoria y objetivos, así como el programa de la actividad presentados por la entidad organizadora, se considera que se ajusta a lo establecido en la Orden de 2 de octubre de 1997 (BOJA nº 120 de 14 del mismo mes)*

TERCERO.- *Examinada la memoria, objetivos y programa de la actividad, se comprueba que se encuentra dirigida a* ***profesionales sanitarios,*** *debiendo por tanto acompañarse de la acreditación recogida en el Decreto 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias.*

Visto los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación,

RESUELVE

CONCEDER *el* ***Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario, supeditado a lo establecido en el fundamento de derecho tercero.***

Contra la presente resolución que no agota la vía administrativa podrá interponer recurso de alzada ante la Excma. Sra. Consejera de Salud en el plazo de un mes, contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999 de 13 de enero.

Sevilla, 23 de marzo de 2009

EL SECRETARIO GENERAL DE CALIDAD Y MODERNIZACIÓN
(P.D.F. en Resolución de 26-5-04)
El Jefe del Servicio de Desarrollo Profesional y formación

Fdo.: Teresa Campos García

Exp 50/09

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente
Antonio Torres Olivera

Vocales
Joseba Barroeta Urquiza
Alberto Colina Alonso
Susana del Rio Urenda
Laureano Fernández Fernández
Enrique Fernández García
Eloísa Fernández Santiago
José Manuel Galiana Auchel
Reyes León Vergara
Ramón Linares Armada
Salustiano Luque Lozano
Mariano Marín Patón
José Manuel Martín Vázquez
Álvaro Nieto Reinoso
Gregorio Ortega Tudela
Concepción Padilla Marín
José María Páez Pinto
Pedro Parra Hidalgo
Juan José Pérez Lázaro
Enrique Pérez Trueba
Jesús Luis Rodríguez Sánchez
Miguel Sanz del Pozo
Pilar Serrano Moya
Javier Terol Fernández
Francisco Torrubia Romero

DEFENSOR DEL CONGRESISTA
Emilio Ignacio García

SECRETARÍA TÉCNICA

Manuel Herreros Rubiales
José Moreno Peralta

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Gonzalo Suárez Alemán

Vocales
Antonio Almuedo Paz
Reyes Alvarez Osorio
Jesus Aranaz Andrés
Esperanza Arriaga Piñeiro
Pilar Astier Peña
José Ignacio Barrasa Villar
María José Berenguer García
Pilar Brea Rivero
José Carlos Canca Sánchez
Genis Carrasco Gómez
María Isabel Carrascosa García
Marta del Nozal Nalda
Mª Isabel Dotor Gracia
Carlos Emparan García de Salazar
Elvira Fernández de la Mota
Juan Fernández Martín
Rafael Gomis Cebrian
Vicente Herranz González
Antonio Jiménez Bravo de la Laguna
Alvaro Juárez Soto
Rafael Lledó Rodríguez
Lidia López Coronas
Susana Lorenzo Martínez
José Joaquín Mira Solves
Dolors Montserrat-Capella
Ana Mora Bandera
Diego Núñez García
Fernando Palacio Lapuente
Victor Reyes Alcazar
Maria Teresa Periáñez Vega
Alberto Ruiz Cantero
Vicente Santana López
Manel Santiña Vila
Elena Seral Muñio
Martín Tejedor Fernández

PROGRAMA

Martes 20 de octubre.

Talleres
09:00 Entrega de Documentación Talleres
09:30 Talleres.
11:30 – 12:00 Pausa-Café
12:00 – 14:00 Continuación talleres
14:00 – 16:00 Comida de trabajo
19:30 Finalización Talleres

Taller 1: "ACREDITACION DE CENTROS Y UNIDADES SANITARIAS".
Angela Palop. Evaluadora. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Antonia Herce. Evaluadora Jefe de Proyectos. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Rafael Romero de Castilla Gil. Responsable de Calidad de EP Alto Gudalquivir.

Taller 2: "ACREDITACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES".
Alfonso Galiot Torres. Evaluador Jefe de Proyectos del Área de Acreditación de Profesionales. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Sheila Martín García. Evaluadora del Área de Acreditación de Profesionales. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Taller 3: "ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS".
Javier Ferrero Álvarez-Rementería. Director de Sistemas y Tecnologías. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Ángela Escobar Úbreva. Evaluadora de páginas web sanitarias Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Taller 4: "ACREDITACION DE LA FORMACION CONTINUADA".
Mayte Periáñez Vega. Directora de Acreditación de la FC. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Laura Villanueva Guerrero. Técnico de Formación. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Eloisa Valverde Gambero. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Taller 5: "METODOLOGÍA AMFE".
Vicente Santana López. Director del Observatorio para la Seguridad del Paciente

Taller 6: "SEGURIDAD EN EL ÁMBITO QUIRÍURGICO (Listado de verificación de seguridad quirúrgica)".
Jaime Bachiller Burgos. Jefe de Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Responsable del proyecto Practicas Seguras en Cirugía de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
César Díaz López. Facultativo Especialista de Cirugía General y Aparato Digestivo. Coordinador del Plan de Implantación del Listado de verificación en el Hospital Reina Sofía de Córdoba. Miembro del equipo de Prácticas Seguras en Cirugía de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Taller 7: "¿CÓMO ESCRIBIR UN ARTÍCULO CIENTÍFICO?".
Genís Carrasco. Editor de Revista de Calidad Asistencial
Susana Lorenzo. Editor de Revista de Calidad Asistencial

Taller 8: "¿DÓNDE ESTÁN LOS PACIENTES Y LAS PRÁCTICAS DE RIESGO?".
Juan José Jurado. Enfermero. Director de enfermería del Área 6 de Atención Primaria del SERMAS. Master en calidad asistencial. Experto Europeo en Calidad. Certificador EOQ. Miembro del grupo SEMFyC de Seguridad del Paciente.
Guadalupe Olivera Cañadas. Médico de familia. Técnico de salud en el Área 6 de Atención Primaria del SERMAS. Máster en Gestión de calidad. Experto Europeo en Calidad. Miembro del grupo SEMFyC de Seguridad del Paciente.

Taller 9: "EVALUACIÓN CUALITATIVA".
María Escudero Carretero. Profesora, Escuela Andaluza de Salud Pública.
Eugenia Gil García. Profesora. Escuela Universitaria Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.

Taller 10: "BÚSQUEDA Y ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LITERATURA CIENTÍFICA".
Luís Luque. Responsable investigación AETSA
Antonio Romero. Jefe de Servicio de Documentación
Román Villegas. Jefe de Servicio de Evaluación
Isabel Martínez. Técnica responsable colaboración Cochrane-AETSA.

18:00 – 19:30 **Entrega de Documentación y Acreditación.**

21:00 **Recepción y copa de bienvenida**

Miércoles 21 de octubre.

08:00 – 10:00
Entrega de Documentación y Acreditación.

10:00 - 11:00
Conferencia inaugural
Presenta:
Pablo Simón Lorda. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública
Ponentes:
Victoria Camps. Catedrática de Filosofía moral y política de la Universidad Autónoma de Barcelona. Presidenta del Comité de Ética de España.
Iñaki Gabilondo. Periodista.

11:00 - 11:30
Inauguración oficial

11:30 -13:00
MESA DE PONENCIAS "GESTIÓN CLÍNICA"

Modera:
José Luis Gutiérrez. Gerente del Servicio Andaluz de Salud
Ponentes:
Enrique Alonso. Director del Plan Integral de Oncología de Andalucía.
José Carlos Guisado. Secretaría del Consejo de ASISA.
Agustín Cañizares Ruiz. Gerente del Area Sanitaria de Puertollano

13:00 - 14:30
MESAS DE EXPERIENCIAS SIMULTÁNEAS "GESTIÓN CLÍNICA"

14:30 - 16:00
Comida de trabajo

16:00 - 17:30
MESA DE PONENCIAS CIUDADANO

Modera:
Marisa Dotor Gracia. Asesora técnica. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Ponentes:
Ana Sánchez Méndez. OCU Salud.
Joaquín Arozamena. Periodista.
Milagros Pérez Oliva. Defensora del lector de EL PAÍS

17:30 - 18:30
MESAS DE EXPERIENCIAS SIMULTÁNEAS "CIUDADANO" Y "RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA "

18:30 - 20:30
MESAS DE COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS "GESTIÓN CLÍNICA" Y "CIUDADANO"

18:30- 20:30
ASAMBLEA SECA

Jueves 22 de octubre.

09:00 - 10:30
MESAS DE COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS "GESTIÓN CLÍNICA" , "CIUDADANO" Y "SEGURIDAD".

10:00 - 11:30
Sala 1
SESION CIENTIFICA : "ABORDAJE DE LA DIABETES DESDE LA INNOVACION A LA GESTION CLINICA"
Patrocinada por: Bristol Myers Squibb - Astra Zeneca

Moderador:
Dr. Eduardo Mayoral. "Bases Clínicas y revisión comparativa de Guías Clínicas sobre el manejo de la Diabetes en diferentes entornos internacionales"
Ponente:
Dr. Fernando Alvarez de Guisasola
(Coordinador del Grupo de Diabetes de la SEMFYC)
" Unidades de Gestión Clínica en Diabetes"
Ponente:
Dr. Francisco Tinahones. (Director de la UGC del Hospital Clínico de Málaga)
"Qué se puede hacer desde el punto de vista de los pacientes para mejorar la calidad de la atención a los diabéticos"
Ponente:
D. Rafael Sánchez. (Federación Nacional de Pacientes Diabéticos)
"Pautas a seguir en la Gestión de Calidad en el abordaje de la Diabetes como un Programa de Salud Pública"
Ponente:
Dr. Eduardo Mayoral (Plan Andaluz de Diabetes).

10:00 – 11:30
Sala 2
DOCUMENTO DE CONSENSO EPOC: Una Herramienta para la Mejora Continua de la Calidad en Andalucía"
Patrocinada por: Boehringer-Ingelheim

Modera:
Pedro J. Saturno Hernández.
Profesor titular de Salud Pública de la Universidad de Murcia.
Ponentes:
Manuel Lubian López. Presidente de SAMFYC.
Juan Sergio Fernández Ruiz. Presidente de SEMERGEN Andalucía.
Francisco Javier Álvarez Gutiérrez. Presidente de NEUMOSUR.

11:30 - 13:00
MESA DE PONENCIAS "SEGURIDAD"

Modera:
Joaquín Morís de la Tassa. Coordinador de Calidad Hospital de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias

Ponentes:
Pedro J. Saturno Hernández. Profesor titular de Salud Pública de la Universidad de Murcia.
Itziar Larizgoitia. Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS.
Paloma Leis García. Gerente de sanidad. AENOR.
Vicente Santana López. Director Observatorio de Seguridad del Paciente.

13:00 - 14:30
MESAS DE EXPERIENCIAS SIMULTÁNEAS "SEGURIDAD"

14:30 - 16:00
Comida de trabajo

16:00 - 17:30
MESA DE PONENCIAS "EVALUACIÓN PROFESIONAL"

Modera:
Carmen Cortes Martínez. Directora General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Ponentes:
Paula Vallejo. Fundación Avedis Donabedian
Antonio Almuedo Paz. Director Área Acreditación de Profesionales. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
José Antonio Prados. Vicepresidente de SEMFYC.
María Isabel García Megido. Jefa de área. Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León.

17:30 - 18:30
MESAS DE EXPERIENCIAS SIMULTÁNEAS "EVALUACIÓN PROFESIONAL"

18:30 - 20:30
MESAS DE COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS "SEGURIDAD"

18:30 - 20:30 Asamblea SADECA

21:30 Cena de clausura del congreso

Viernes 23 de octubre.

09:00 - 12:00
MESAS DE COMUNICACIONES SIMULTÁNEAS "SEGURIDAD", "EVALUACIÓN PROFESIONAL" Y "RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA"

12:00 - 13:30
MESA DE PONENCIAS "RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA"

Modera:
José Luís Rocha. Secretario General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud
Ponentes:
Oscar Moracho. Socio Director de InnovaSalud
Jorge de Miguel. Responsable del sector Healthcare en DNV España
Antonio Hidalgo Pérez. Fundación San Telmo.
Ulises Ruiz Ferrándiz. Instituto Universitario de **Evaluación Sanitaria.** Universidad Complutense de Madrid

13:30 - 14:30
Acto de clausura y entrega de premios

ÁREA TEMÁTICA

DECISIONES COMPARTIDAS Y RESPONSABILIDAD DEL CIUDADANO

E-33

EXPECTATIVAS, NECESIDADES Y FORMAS DE PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES

ORTEGA MILLÁN, CARLOS; DUEÑAS FUENTES, JOSÉ RAÚL; MEDINA MORENO, DIEGO; OJEDA GUTIÉRREZ, ROSARIO Y MONTERO GONZÁLEZ, ISABEL MARÍA.
AGS NORTE DE CORDOBA

Palabras Clave: Proceso, Diabetes, Expectativas, Participación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en el AGS Norte de Córdoba. Los profesionales implicados fueron profesionales del Servicio de Atención al Ciudadano, dos médicos de familia y los usuarios de la Asociación de Diabéticos de los Pedroches.
Descripción del problema/necesidades.
La valoración de las necesidades, expectativas y satisfacción de los usuarios es un aspecto clave en la gestión por procesos, para adaptarlos a un proceso continuo de mejora. Pretendemos establecer un modelo de trabajo que nos permitiera generar una estructura de participación y corresponsabilidad entre profesionales y ciudadanos. Este trabajo de participación tendrán consecuencias futuras en la reorganización y mejora de la atención a los pacientes diabéticos. Cualquier abordaje que se realice sobre una patología crónica, deberá abordar la perspectiva del paciente, en cuanto a sus necesidades y expectativas si queremos que éstos se corresponsabilicen. Los objetivos fueron dos: En primer lugar el análisis de las necesidades y expectativas de los pacientes. En segundo lugar plantear acciones de participación y mejora que sirvieran de guía en la atención sanitaria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se trata de un estudio cualitativo a través de 4 grupos focales con un cuestionario estructurado siguiendo las dimensiones del modelo de calidad percibida SERQVAL, se le demandó a los participantes que priorizaran éstas según el orden de importancia percibida. En segundo lugar se ha realizó una reflexión sobre las formas posibles de participación de los pacientes junto con los profesionales e Instituciones Sanitarias fomentando la participación y corresponsabilidad en la mejora de la calidad de la atención sanitaria.
Resultados obtenidos.
Las dimensiones de la calidad percibida por orden de importancia fueron las siguientes: Capacidad de respuesta, Tangibilidad, Accesibilidad, Seguridad, Competencia, Comunicación, Comprensión y Cortesía. Se remarcó la necesidad de podólogo, endocrino, soporte psicológico en el debut de la diabetes, existencia de profesionales referentes y continuidad asistencial. En cuanto a las acciones de participación, se consideraron Formación de un grupo de trabajo mixto (profesionales y pacientes/familia. Desarrollar actividades comunes. Participación en trabajos de prevención e investigación junto con los profesionales y la creación de foros , blogs, páginas webs …
Lecciones aprendidas.
Abordar la atención sanitaria con planteamientos innovadores, de participación y corresponsabilidad entre usuarios y profesionales que abran camino a la introducción de nuevas formas en la atención teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas.

E-34

UNA IMAGEN Y MIL PALABRAS: HERRAMIENTA PARA LA DECISION COMPARTIDA DEL TRATAMIENTO LÁSER EN LA RETINOPTÍA DIABÉTICA

JIMENEZ, S.*; ALEMANY, P.; CARRAL, F.; FAILDE, I.; SANCHEZ, C. Y FERNANDEZ, B. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR / UCA

Palabras Clave: Retinografía, Retinopatía Diabética, Panfotocoagulación, Decisiones Compartidas

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Servicio de Oftalmología y la UCG de Endocrinología, con la participación de un endocrinólogo, dos ATS, una secretaria, una epidemióloga y dos oftalmólogos.
Descripción del problema/necesidades.
A pesar del beneficio demostrado por la panretinofotocoagulación (PFC) láser en la retinopatía diabética en los datos estadísticos generales de los estudios, la existencia de evoluciones inadecuadas en casos particulares, y el desconocimiento del estado de su retina por el paciente, generan rechazo al tratamiento. Nuestra misión es evitar las pérdidas de autonomía y de calidad de vida que se generan en los pacientes diabéticos tipo 1 que no reciben el tratamiento. Para ello incorporamos la decisión compartida como estrategia que cumplimente la explicación oral para conseguir la adherencia del paciente al tratamiento de fotocoagulación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El objetivo del proyecto es que ningún paciente con retinopatía diabética de riesgo rechace ó incumpla parcialmente las sesiones de tratamiento láser. El grupo de trabajo multidisciplinario diseñó, explicó, ejecutó y evaluó las soluciones al problema mediante un proceso de Círculo de Calidad. Las fotografías de la retina de los pacientes tipo 1 se toman con el retinógrafo no midriático de la Unidad de Diabetes por el personal de Enfermería específicamente formado (Sánchez C.) que explica al paciente la importancia de la prueba, el proceso de la interpretación y la periodicidad de la misma. Todas las retinografías son evaluadas por los Oftalmólogos del grupo e informadas en el programa Doctor, para que los resultados estén disponibles para los endocrinólogos y pediatras implicados en el cuidado del diabético tipo 1. Los pacientes con retinopatía de riesgo valoran las retinografías con el oftalmólogo para conocer el estadío de la retinopatía, comentar las opciones terapéuticas posibles, sus ventajas e inconvenientes y recibir el consentimiento informado. Una vez aceptado se fijan las fechas para las sesiones.
Resultados obtenidos.
Todos los pacientes con DM tipo 1 e indicación de PFC han aceptado el tratamiento láser, de forma compartida con el Oftalmólogo, a excepción de una paciente que se encontraba en el último mes de gestación, que no acudió al tratamiento hasta dos semanas después del parto.
Lecciones aprendidas.
1) La visualización de la retinografía del paciente junto al oftalmólogo, y la decisión compartida del tratamiento, consigue el cumplimiento del tratamiento láser en los casos indicados.
2) Esta medida podría extenderse a los pacientes con DM tipo 2 que requieran PFC por su retinopatía diabética.

E-35

CREACIÓN DE UN BANCO DE PROYECTOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)

GÓMEZ MONTERO, G.; ESTEPA MUÑOZ, M.; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, M.A.; SARRIÓN BRAVO, J.A.; ESCUDERO BATALLA, F. Y SANZ DEL OSO, J.J..
GERENCIA ÁREA 2 ATENCIÓN PRIMARIA. SERMAS

Palabras Clave: Educación salud Banco Proyectos

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se ha desarrollado en el Área 2 de Atención Primaria de Madrid. Está dirigido a profesionales sanitarios que realizan actividades de Educación Para la Salud(EPS). La EPS es un pilar básico de la Prevención y Promoción de la Salud y es realizado sobre todo por enfermeras de Atención Primaria por su perfil orientado a esos aspectos del cuidado.
Descripción del problema/necesidades.
Se detectó una baja actividad relacionada con la EPS. Por ello se realizó un diagrama de Ishikawa para detectar las causas y realizar un ciclo de mejora. Como principales problemas aparecían la dificultad para elaborar proyectos desde 0 y la no compartición de dichos proyectos entre los centros. Se elaboró un plan de acción implicando a los Responsables de EPS de los centros.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La Dirección de Enfermería lideró el Proyecto que se realizó en estas fases: Reunión de Responsables de EPS para presentar el proyecto. Creación de Comisión de evaluación de Proyectos que se encargó derevisar todos los proyectos activos del Área. Desarrollo del Banco de Proyectos en una página web accesible desde todos los centros. Presentación del Banco de Proyectos en las Jornadas de EPS del Área. Demostración práctica de uso a los Responsables de EPS.
Resultados obtenidos.
Se han revisado 13 proyectos de EPS de 11 centros diferentes. Estos proyectos se han evaluado y trabajado junto con los autores para conseguír el máximo nivel de validación. Todos estos proyectos se han añadido al Banco de Proyectos y seguimos recibiendo proyectos para su revisión.
Se ha activado el acceso al Banco de Proyectos el 1 de Mayo de 2009, con muy buena aceptación por parte de los implicados. La declaración de grupos de EPS ha aumentado significativamente y los centros están desarrollando grupos con proyectos del Banco. La declaración de actividad es ahora más sencilla y se ha diseñado la explotación de datos para la Cartera de Servicios.
Lecciones aprendidas.
Facilitar herramientas y compartir información favorece el desarrollo de actividades por parte de los profesionales. Así mismo las Tecnologías de la Información facilitan la disponibilidad de dicha información en cualquier punto de atención de manera completa y en tiempo real.

E-36

EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE.

RÍOS PARRILLA, Mª D.; GONZÁLEZ SERRANO, V.; CANO LÉRIDA, C.; DIAZ MORA, M.; FERNANDEZ CARPINETERO, E. Y CARRASCO MUÑIZ, S..
HOSPITAL SAN LAZARO (AREA VIRGEN MACARENA)

Palabras Clave: Continuidad de Cuidados,Adherencia,Trastorno Mental Grave,Seguimiento,Estrategia.

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidades de hospitalización de salud mental del Hospital San Lázaro y Hospital Virgen Macarena,y centros de salud mental de Oriente y Mairena del Aljarafe. Macarena centro y San José de la Rinconada. Trabajamos en el proyecto 6 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
El incumplimiento terapéutico, constituye un problema de gran relevancia en pacientes diagnosticados de trastorno mental grave,por la cronicidad de la enfermedad, el deterioro social ,etc. Las bajas cifras de cumplimiento terapéutico y de seguimiento derivan a aumentar los reingresos, los costes sanitarios, y deterioran las dinámicas familiares. pusimos en marcha estrategias de continuidad de cuidados para la adherencia al tratamiento y las citas al centro de salud mental, utilizando la taxonomía nanda para facilitar la comunicación interniveles.
Desarrollo y soluciones aportadas.
A través de un estudio cuasi-experimental, mixto y
Soluciones aportadas prospectivo, de medidas repetidas, con criterios de inclusión: entre 18 y 55 años y estar diagnosticado de trastorno mental grave. Se estudiaron 30 pacientes el grupo experimental y 30 el grupo control, seleccionado por muestreo intencional consecutivo. Unas variables de intervención: que es la estrategia de continuidad de cuidados,se aplica al grupo experimental. Cuando el paciente ingresa en la unidad, se valora y si cumple los requisitos,se le informa , realizamos valoración inicial, diagnóstico enfermero de incumplimiento terapéutico, pasamosdoscuestionarios- uno de actitudes hacia la medicación(dai),y otro de funcionamiento social(sefs.Ai).Informe de continuidad de cuidados al alta y se envía al centro de salud y se hace una año de seguimiento. Al grupo control no se le aplica esta estrategia,. Enfermeras/os de las unidades de salud mental y de los centros de salud mental. Recogida de datos de enero - 2007 a febrero -2008, de seguimiento hasta enero de 2009 y hasta ahora análisis de datos.
Resultados obtenidos.
Se analizaron con el paquete spss 15. Análisis descriptivo -prueba chi-cuadrado para variables categóricas y contraste de medias para las cuantitativas. Los incluídos en la estrategia presentan tasas de
Lecciones aprendidas.
Adherencia superiores al grupo control,reducen los reingresos y la duración de éstos, acuden a las citas y siguen el tratamiento mejor,disminuyen costes, mejora la salud del paciente y ayudan al cuidador. La muestra es pequeña , y un plan de formación para adquirir habilidades.
Más conocimiento al paciente y familia. Justifican la inclusión de strategias que mejoren los cuidados y el seguimiento. Y la satisfacción de investigar.

E-37

TOMANDO DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: HERRAMIENTA ADJUVANT! ONLINE.

BAENA CAÑADA, JM*; RAMÍREZ-DAFFÓS, P; ESTALELLA, S; DÍAZ, V; DÍAZ, L Y GONZÁLEZ, E.
HOSPITAL PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Cáncer de mama, quimioterapia, adyuvante

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Puerta del Mar de Cádiz. Oncólogos.

Descripción del problema/necesidades.
Adjuvant! Online proporciona estimaciones del riesgo de recurrencia y muerte que ayudan a oncólogos y pacientes con cáncer de mama a tomar decisiones. Los autores han testado la aplicabilidad de un formato simplificado de la herramienta, presentando las estimaciones de mortalidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.
EN 66 PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA OPERABLE HA SIDO PRESENTADA LA ESTIMACIÓN DE RIESGO DE MORTALIDAD A 10 AÑOS MEDIANTE LA HERRAMIENTA DE AYUDA A TOMA DE DECISIONES ADJUVANT! ONLINE. MEDIANA DE EDAD: 55 AÑOS (27-70). SALUD PERFECTA: 53 PACIENTES (80.3%), PROBLEMAS MENORES: 8 (12.1%) Y MAYORES: 5 (7.6%). RECEPTORES DE ESTRÓGENOS POSITIVOS: 56 MUJERES (84.8%). TAMAÑO TUMORAL ENTRE 0,1 Y 1 CM: 10 MUJERES (15.2%), ENTRE 1,1 Y 2 CM: 30 (45.5%), ENTRE 2,1 Y 5 CM: 14 (21.2%) Y MAYOR DE 5 CM: 1 (1.5%). AXILA NEGATIVA: 43 PACIENTES (65.2%), 1-3 GANGLIOS: 17 (25.8%), 4-9 GANGLIOS: 5 (7.6%) Y MÁS DE
9: 1 (1.5%). Hormonoterapia adyuvante recomendada: tamoxifeno en 18 casos (27.3%), inhibidor de aromatasa en 21 (31.8%), tamoxifeno seguido de inhibidor de aromatasa en 16 (24.2%) y ablación ovárica más tamoxifeno en 1 (1.5%). Quimioterapia adyuvante recomendada: de primera generación en 12 pacientes (18.2%), de segunda en 48 (72.7%) y de tercera en 6 (9.1%). Tratamiento combinado: 36 pacientes (54.5%).

Resultados obtenidos.
Mediana de supervivencia estimada a 10 años: 77% (22-95), mortalidad por cáncer de mama: 16 % (1-77) y mortalidad por otras causas: 5 % (1-47). Media de reducción absoluta del riesgo de mortalidad (rarm) con hormonoterapia: 4% (0-14), con quimioterapia: 4.5% (0-29) Y con tratamiento combinado: 7% (0-40). Todas las pacientes con algún beneficio optaron por hormonoterapia. Media de reducción del riesgo con quimioterapia: 2% (de 2,5) en pacientes que deciden no recibir quimioterapia y 8% (de 5,5) en las que deciden recibirla. Existe asociación entre la decisión de quimioterapia y la estimación del riesgo de mortalidad por cáncer (p=0,0001), del riesgo de mortalidad por otras causas (p=0,038) y de la rarm (p=0,0001). El 6% de las pacientes con rarm de 1% eligen quimioterapia, el 50% de las que tienen rarm entre 2-5% y el 61,8% con rarm entre 6-10% la eligen. No encontramos asociación entre la edad ni la estimación de supervivencia global con la decisión de quimioterapia (p=0,24 y p=0,18).

Lecciones aprendidas.
La presentación de las estimaciones de mortalidad de la herramienta de ayuda Adjuvant! Online han sido determinantes para la decisión de tratamiento quimioterápico.

E-38

DECISIONES COMPARTIDAS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

CAMPA VALERA, F*; DÍAZ BÁGUENA, Mª M; CASTRO ARAGÓN, JL; SÁNCHEZ BLANCO, J ; RODRÍGUEZ DE ALMANSA CALLEJO,C Y REQUEJO MIR, A.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Palabras Clave: decisiones compartidas, discapacidad, dependencia, medicina familia

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en la Ciudad de San Juan de Dios de Alcalá de Guadaira (Sevilla) con pacientes institucionalizados discapacitados y dependientes interviniendo cuatro médicos de familia y dos enfermeros.

Descripción del problema/necesidades.
Los pacientes institucionalizados en la ciudad de San Juan de Dios de Alcalá de Guadaira muestran altos grados de discapacidad y dependencia. Un alto porcentaje se consideran gravemente afectados. Debido a estos factores se presupone que las decisiones que se necesitan tomar sobre su salud deben ser establecidas por representación o subrogación. Nos planteábamos si pacientes con grave deterioro cognitivo, sensitivo y motor o trastornos del comportamiento, podían tener un rol más activo que el previsto por su déficit en la toma de decisiones informadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se estudiaron 253 visitas de 52 pacientes institucionalizados desde julio del 2008 a marzo del 2009 de los que un 92% pertenecían a nuestro cupo médico. Un 80% tenían dificultades graves en la comunicación verbal. Se valoraron diversos indicadores comunicacionales de asentimiento y colaboración en ámbitos de su salud, como proxémica, lenguaje corporal y verbal ,presencia física o no del cuidador, clima emocional de la entrevista, conocimiento del nombre del profesional que lo atiende y de su proceso y opciones al tratamiento de tipo dicotómico.

Resultados obtenidos.
Casi un 68% de las visitas a pacientes generaron respuestas adaptativas de colaboración y asentimiento, donde en un 8% de ellas se llegó a una consulta técnicamente independiente (sin necesitarse la presencia física del cuidador).

Lecciones aprendidas.
Es posible compartir las decisiones con pacientes con discapacidad y dependencia y que tengan un rol más activo que el previsto por su discapacidad. La valoración de este enfoque debe integrar aspectos comunicacionales y contextuales.

E-39

PÁGINAS WEB MUNICIPALES: ALIANZAS PARA APROXIMAR EL CONOCIMIENTO SANITARIO A LA CIUDADANÍA DESDE LOS RECURSOS LOCALES

MANUEL FLORES MUÑOZ; ALVARO NIETO REINOSO; FELIX CHAVES GALLEGO; MANUEL CARLOS CID GONZÁLEZ; LUIS G. LUQUE ROMERO Y ENCARNACIÓN GÓMEZ GARCÍA.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA NORTE

Palabras Clave: Promoción Salud, Participación Ciudadana, Web, Comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Pilotaje con seis ayuntamientos del Distrito Sanitario Sevilla Norte para incorporar contenidos de Promoción y Cuidados en Salud desde web municipales.
Descripción del problema/necesidades.
Interés de la ciudadanía por obtener información desde las nuevas tecnologías a temas de salud. Multiplicidad de información abrumadora y, a veces, no evidenciada. Complejidad en el acceso a páginas institucionales. Oferta desde lo macro. Proximidad de web municipales a sus ciudadanos. Respuestas complementarias desde lo micro. Interés de los ayuntamientos por incorporar información relevante a sus páginas web. Interés de los servicios sanitarios por encontrar canales accesibles a sus clientes Desarrollo y Generar espacio de alianza interinstitucional para aportar información soluciones aportadas sanitaria contrastada y de utilidad desde web municipales Complementar web de consulta clínica ofertada en otras instancias mediante web locales en contenidos de Promoción de Salud.
Estrategia de búsqueda de alianzas desde modelo de marketing de servicios para instalar la oferta contemplando criterios de oportunidad institucional y estructuras organizativas, de modo que se venzan dificultades que se asientan en la diversidad de los modelos organizativos y ritmos de las distintas administraciones.
Compromiso con representantes y técnicos locales para, desde un banner alojado en la web municipal, ofrecer acceso a contenidos de promoción de salud, calidad de vida y acciones locales de salud.
Al cliquear en la ventANA "Salud y Calidad de Vida" se accede a directorio. Al cliquear sobre el tema del directorio se abren páginas que aportan información sobre el tema.
Resultados obtenidos.
Propuesta a seis Ayuntamientos. Cuatro han instalado ventANA con contenidos aportados. Los otros dos pendiente de resolución de temas técnicos.
Contenidos incorporados: ola de calor, primeros auxilios, diabetes, noticias de salud local.
Han solicitado incorporación de nuevos contenidos.
Lecciones aprendidas.
El pacto entre Administraciones precisa de un "proceso de ingeniería" para el logro de acuerdos. Si relevante es dar respuesta a ¿qué hacer?, la respuesta al ¿cómo hacer? ocupa un lugar que –desafortunadamente- suele alojarse en la intuición.
Potenciamos alianzas desde lo local, aportando respuestas a necesidades de conocimientos de nuestros ciudadanos sobre aspectos vinculados a Promoción y Cuidados de Salud facilitando contenidos contrastados desde la evidencia

E-40

DISEÑO DE PROTOCOLO DE INFORMACIÓN PERIOPERATORIA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN AL USUARIO.

FERNÁNDEZ GARRIDO, C; LOPERA URIBE, GE; OTERO ESPIGA, A; MÉNDEZ PÉREZ, L; LAGOA ELÍAS, C Y GALLARDO ABRIL, MG.
Hospital Virgen Macarena

Palabras Clave: Protocolo, Información Perioperatoria, Ley de Autonomía.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se desarrolló en el Área quirúrgica del Hospital Virgen Macarena con personal asistencial, administrativo, pacientes y familiares.
Descripción del problema/necesidades.
El personal del Servicio de Información Periquirúrgica (SIP), identificó deficiencias en la información que se proporcionaba a pacientes y familiares, por parte de profesionales implicados en el proceso quirúrgico. Para evaluar dicho servicio, se realizó un grupo focal en el que participaron profesionales, pacientes y familiares. Se concluyó que existía la necesidad de definir las competencias en materia de información de cada profesional, adquirir conocimientos y habilidades para trasmitirla de forma adecuada, y respetar la intimidad al proporcionar ésta. Adicionalmente, la necesidad de adecuar el SIP a la LAP, ha llevado a diseñar un protocolo de Información perioperatoria.
Desarrollo y soluciones aportadas
Se conformó una coalición con anestesiólogos, cirujanos, celadores, personal de enfermería, personal administrativo, miembros de asociaciones de usuarios y familiares. Se difundió mediante "boca a boca", carteles, boletines y talleres formativos. Fases: conformación de coalición; revisión bibliográfica; sistematización de actividades de información actuales; definición de nuevas actividades a implementar; redacción del protocolo; revisión del mismo por otros profesionales no participantes en la coalición; evaluación y aprobación por la Comisión responsable.
Resultados obtenidos.
La coalición resaltó la importancia de haber incluido las miradas de todos los involucrados. Se manifestó gran satisfacción por el procedimiento innovador y su resultado. El protocolo da respuesta a las necesidades de información detectadas.
Lecciones aprendidas.
- Al tener en cuenta las diferentes miradas del personal sanitario implicado, la apropiación de del protocolo se espera que sea de manera fluida, y tenga mayor sentido que cuando es impuesto por alguien externo. - La participación de pacientes y familiares en la coalición, facilitó la identificación de expectativas de los usuarios, y permitió constatar que es viable y efectiva la construcción conjunta de alternativas entre profesionales sanitarios y usuarios de los servicios. - La dinámica de participación, respeto y confianza que se generó en la coalición formada, nos hace pensar que ésta es una excelente estrategia de trabajo para resolver problemas en la prásctica asistencial, y elaborar propuestas creativas e innovadoras.

E-41

CREACIÓN RED SOCIAL PARTICIPACIÓN CIUDADANA (RSPC) EN A. PRIMARIA COSTA DEL SOL.ESPACIO MEJORA CONTINUA/ CALIDAD EN SSPA

BAYONA GARCÍA, M; SALCEDO GÓMEZ, A; ORTEGA TUDELA, G; MANCHA PARRILLA, ML Y MORENO PÉREZ, M..
Distrito Sanitario Costa del Sol

Palabras Clave: Participación, Ciudadano, Atención Primaria, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

La OMS en su Informe 2008 es categórica: La AP DE SALUD: MÁS NECESARIA QUE NUNCA. Los Planes de Calidad de la Consejería Salud sitúan a la ciudadanía, su opinión y expectativas, como centro del SSPA, reflejándolo en Contrato Programa de Unidades Clínicas (UC). AP presta asistencia sanitaria esencial, accesible, de calidad y eficiente, respondiendo a esos compromisos.

Descripción del problema/necesidades.

Los cambios derivados de globalización, su impacto, demografía, aumento esperanza de vida, envejecimiento población, creciente demanda de servicios y expectativas no satisfechas de la población, en un entorno de ajuste presupuestario, obligan a explorar nuevas formas de interrelación con ciudadanía.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La RSPC agrupa ciudadanos y profesionales de forma no jerárquica, para abordar activa y sistemáticamente temas comunes, creando una red relacional basada en conocimiento, comunicación, compromiso y confianza. RSPC quiere reforzar el papel de AP en la salud, dando voz en gestión de UC, prevención y promoción de salud, potenciando el control de las personas sobre su salud para mejorarla, convirtiéndolos en protagonistas de procesos y toma de decisiones, informados y comprometidos con la mejora de la calidad y eficiencia de su centro.

Resultados obtenidos.

Se constituyen 12 Redes locales, una por UC, con 10 miembros cada una (inscritos en BDU, paritarios y diferente edad), además de responsables de UC (Director/Coordinadora/Jefe Grupo). No incluyen agentes sociales, para darle independencia. Las 12 Redes tienen autonomía y se reúnen tres veces/año. Juntas constituyen la RSPC del Distrito Costa del Sol, compuesta por: 120 ciudadanos/as, 36 responsables de UC y Gerencia. Se reúnen anualmente, reportando: actividad desarrollada y resultados. Indicadores de evaluación: Participantes (nº, continuidad/abandono/ reincorporaciones), Iniciativas (propuestas realizadas/evaluadas), Impacto:(servicios/calidad/social/mediático/encuesta de satisfacción/ reclamaciones), y Promoción de Salud (Participación en programas).

Lecciones aprendidas.

1) Mejora el conocimiento: de profesionales -las redes representan segmentos de población de la UC-, y de ciudadanos -se posicionan “dentro” de la organización-. 2) La participación genera dinamismo en el grupo y en las UC. 3) Se establecen compromisos de mejora compartidos. 4) Se crean vínculos sociales entre personas, que facilitan acceso y soporte para mejorar la salud. 5) Gestión clínica transparente, participativa y corresponsable.

E-42

MEJORAS EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS GENERALES DEL HOSPITAL MENDARO A RAÍZ DEL ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE PACIENTES

CASTELO ZAS, S.; BASTIDA REMENTERÍA, R.; TABOADA GÓMEZ, J. Y VALENCIANO GONZÁLEZ, A..
HOSPITAL MENDARO

Palabras Clave: Satisfacción, Mejora continua, Servicios generales.

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde 1999, anualmente, el Hospital de Mendaro realiza encuestas corporativas de satisfacción a pacientes respecto a varios servicios. Los resultados obtenidos en cada una de ellas se comparan con los de años previos y con los del resto de hospitales de la red Osakidetza.

Descripción del problema/necesidades.

Los resultados obtenidos en 2006-07 revelaron una disminución del grado de satisfacción con los Servicios de Cocina y Limpieza respecto a periodos anteriores y en comparación con la media de hospitales. Por ello se busca implantar una serie de mejoras que aumenten la satisfacción de nuestros pacientes respecto a dichos servicios, especialmente de pacientes hospitalizados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se revisó la información recogida por las encuestas de los últimos años y se analizó la tendencia de los datos. Identificados los aspectos peor valorados, se convocó una reunión con los responsables de las contratas, a los que se les pidió que investigasen las causas del descenso en la satisfacción y aportasen posibles soluciones. En sucesivas reuniones se analizan los estudios realizados y se planifican una serie de medidas correctivas, asignando responsables, plazos, recursos. Finalmente, en la encuesta de 2008, se evaluó si las acciones implantadas habían surtido el efecto esperado.

Resultados obtenidos.

1. Cambios en el Servicio de Cocina: - Incrementos de jornada de trabajo. - Revisión de los procedimientos de preparación de menús. - Retoque de algunas dietas. - Cumplimiento de gramajes. - Opción a solicitar sal adicional. - Revisión del “carro baño María” y compra de uno nuevo. - Controles puntuales de temperatura. - Recomendación a pacientes.
2. Cambios en el Servicio de Limpieza: - Nuevo sistema de limpieza. - Reestructuración del trabajo en el área de hospitalización, con un refuerzo de personal, reasignación de tareas y cambios horarios. - Revisión y adecuación de desagües. - Repintado de puertas. - Aplicación de un producto antiarañas. - Incremento de plantilla en 1 persona. - Reasignación de tareas. - Revisión y adecuación del Plan de Formación. - Cambios en los productos de limpieza.
3. Mejora del grado de satisfacción de pacientes respecto a dietas. 4. Respecto a la limpieza la mejora obtenida fue mínima por lo que, en la encuesta del 2009 se decide incluir una nueva pregunta que permita identificar las áreas concretas a mejorar.

Lecciones aprendidas.

- Utilidad de las encuestas de satisfacción para identificar posibles fallos y tener un control de la situación final.
- Necesidad de establecer sistemas que permitan la identificación ágil y “rápida” de las desviaciones.

E-43

ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS CON Y SIN TRIAJE

CERDA, I; AGUADO, H; HERNÁNDEZ, A; ARGIMON, JM Y BROSA, F.
SERVEI CATALÀ DE LA SALUT - CATSALUT

Palabras Clave: urgencias, hospitales, satisfacción, triaje

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se ha realizado en Cataluña, impulsado por la Gerencia de Compra y Evaluación de Servicios Asistenciales (GCESA) y dirigido por la División de Atención al Ciudadano (DAC) con el asesoramiento de expertos en Economía de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona (CRES) y el consenso de profesionales y gestores de los hospitales públicos

Descripción del problema/necesidades.
Partiendo de la realidad que supone la implantación progresiva del sistema de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias, se pretende identificar y evaluar si existen diferencias en la percepción de la calidad de servicio y satisfacción entre los usuarios atendidos en hospitales con sistema de triaje (modelo andorrano de triaje -MAT) con más de 12 meses de implantación y en los que no disponen del mismo.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se trata de un estudio cuantitativo, a partir de la encuesta de satisfacción que realiza periodicamente el CatSalut a los usuarios atendidos en las urgencias de 53 hospitales en el año 2008, con un total de 5381 encuestados, en el que se realizó la explotación global de los datos de encuestados atendidos en hospitales con MAT (18 hospitales y 1810 encuestados) sin sistema de triaje (35 hospitales y 3571 encuestados). El estudio se ha realizado mediante una herramienta propia del CatSalut validada y contrastada. Los resultados se han integrado como información complementaria al proyecto de implantación de un modelo único de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias en Cataluña. El estudio se realizo en Marzo-Junio de 2008 Resultados obtenidos Los resultados obtenidos entre los dos grupos de hospitales estudiados son similares, lo que nos permite afirmar que la existencia o no de un sistema triaje, no incide en la percepción de la calidad de servicio ni en la de satisfacción global por parte de la ciudadanía que ha utilizado los servicios de urgencias.

Lecciones aprendidas.
Los resultados nos indican, que se deben implementar acciones especificas asistenciales y de comunicación, con el objetivo de que la utilización de sistemas de triaje eficaces, sean percibidos por parte de los ciudadanos como una mejora en el proceso de atención urgente hospitalaria.

E-44

ESTUDIO DE PERCEPCIONES, ACTITUDES Y EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓ CATALANA MENOR DE 15 AÑOS SOBRE LA ATENCION SANITARIA

AGUADO, H; CERDA, I; CRUELLS, M; BROSA, F Y CUSTODIO, I.
SERVEI CATALÀ DE LA SALUT - CATSALUT

Palabras Clave: Cualitativo, atención sanitaria, pediatría, percepciones, expectativas

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en Cataluña, impulsado y dirigido por la División de Atención al Ciudadano del Servei Català de la Salut, responsable de garantizar la atención sanitaria en Cataluña. El proyecto forma parte del objetivo estratégico “Mejora de la calidad de los servicios sanitarios”. Han participado profesionales sanitarios expertos en diseño y aplicación a la gestión sanitaria de estudios de calidad de servicio y satisfacción, con el soporte de sociólogos y pediatras.

Descripción del problema/necesidades.
El objetivo fundamental del proyecto era identificar las percepciones y expectativas de la población menor de 15 años respecto a la atención sanitaria, con la finalidad de obtener información para mejorar la calidad de servicio ofrecido.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El abordaje ha sido cualitativo mediante la técnica de “focus grup” realizado por expertos. Se han realizado 9 grupos focales con un total de 60 niños-as de entre 7-14 años, en tres grupos de edad (7-9, 1012 y 13-14 años) y de diferente procedencia territorial (urbana, semi-rural y rural), previo permiso de padres o tutores. Se validó un guión de trabajo y se recogieron los datos, haciendo coincidir las propuestas del guión con las respuestas de los participantes. Las áreas de interés fueron: atención sanitaria, percepciones durante la atención, profesionales, accesibilidad, proceso de la enfermedad en casa, atención fuera de la comunidad autónoma y conocimiento de responsables políticos de salud

Resultados obtenidos.
Las opiniones no se fundamentan en juicios objetivos y se expresan desde el universo de anécdotas infantiles, sobre todo en el grupo de menor edad. Las variables de satisfacción y de percepción de calidad de servicio se basan en el trato recibido, el tiempo de atención, la apariencia de equipos y tecnologías médicas y el valor que tiene la medicina en la vida de las personas. No se detectan diferencias según lugar de residencia.

Lecciones aprendidas.
Es una metodología idónea para este tipo de estudios y población. La experiencia no aporta datos que justifiquen una investigación cuantitativa posterior, equiparable a la que se desarrolla en otras líneas de servicios sanitarios. Se ha previsto realizar nuevos grupos especialmente en el grupo de mayor edad y con residencias distintas. Consideramos necesario disponer de las opiniones de los menores de 15 años y no solo de padres y tutores, ya que los menores son los receptores potenciales de los servicios y su opinión puede influir en la toma de decisiones de compradores y proveedores

C-136

FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

YAGUI BELTRÁN, MIRIAM SORAYA; HINOJOSA RUIZ, MªCARMEN Y BENITEZ LADERA, CARMEN.
DISTRITO JEREZ C- NOROESTE

Palabras Clave: Rehabilitación Domiciliaria

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Equipo Móvil de Rehabilitación del Distrito Jerez Costa Noroeste. Fisoterapeuta y Terapeuta Ocupacional y Directora de Cuidados.

Descripción del problema/necesidades.

Para la facilitación de la atención y tratamientos de pacientes discapacitados y asesoramiento a sus cuidadores en domicilio. Consecuencias: Mejoría de las capacidades fisicas y funcionales del paciente y favorecer la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Cómo: Valorando su domicilo y el manejo del paciente en su propio entorno Se cuantificó a través de escalas específicas de evaluación y valoración

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se difundió a través de una comunicación verbal Fases Temporales: - Búsqueda bibliográfica en la base de datos pubmed sobre el tema. -Búsqueda en la base de datos de la Unidad Móvil con revisión de las Historias Clínicas -Consentimiento informado por parte del paciente y cuidador seleccionados para el proyecto -Elaboración del mismo.

Resultados obtenidos.

Objetivo: Escala de Barthel Modificada Subjetivo: Mejoria funcional del paciente y cuidador principal Hasta que se lograron los objetivos propuestos antes del inicio del tratamiento Surgieron nuevas necesidades como Ayudas técnicas para la marcha y para las Actividades de la Vida Diaria

Lecciones aprendidas.

La importancia del trabajo en equipo desde un punto de vista multidisciplinar y la implicación de los cuidadores durante el tratamiento es fundamental para conseguir la mejoria funcional del paciente y su entorno. Qué se haría: utilizar más escalas de valoración para poder obtener más datos cuantitativos

C-137

PARTO NORMAL DE BAJA INTERVENCIÓN EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL: ARMONÍA ENTRE BUENA PRÁCTICA Y DECISIÓN DE LA GESTANTE

DONCEL MOLINERO, D; HIGUERO MACÍAS, J.C ; MESA SOME, Mª Y MORA MORILLO, J.Mª .
HOSPITAL COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Parto Humanización, Lactancia, Egreso, Plan Parto

RESUMEN

Contexto de partida.

Se desarrolló por profesionales del Área Obstétrica del HCS en el contexto del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

Descripción del problema/necesidades.

La participación de las gestantes en la toma de decisiones durante su proceso, constituye un ejercicio de autonomía mediante el cual, usuaria y profesional comparten información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado.

Para que exista decisión autónoma es necesaria una información adecuada e individualizada. Esta información profesional debe estar orientada al mayor beneficio de la gestante y basada en la evidencia científica

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñó un plan de acción que consistía en: soluciones aportadas 1.Conocer las expectativas de las usuarias en cuanto a la finalización del parto. Para ello se realizó un estudio descriptivo de prevalencia, coordinado entre el HCS y el Distrito, mediante una encuesta donde las mujeres pudieran expresar cómo les gustaría que se desarrollara su parto.

2.Con los datos obtenidos se desarrollaron una serie de mejoras y procedimientos que aunaban las demandas de las usuarias con la mejor evidencia científica disponible. Entre ellos destacan: *Procedimiento de ingresos y egresos. Este documento otorgan a las matronas de nuestro centro, en función de criterios clínicos evidenciados y consensuados, autonomía necesaria para egresar a gestantes que acuden a nuestro centro y evitar ingresos innecesarios *Protocolo parto normal de baja intervención *Propuesta plan de parto *Vía Clínica del parto normal 3. Estrategias informativas:*Video: “Visita Virtual al Área de Obstetricia y Partos” *Canal TV tematica maternoinfantil *Información específica en la Web del Hospital 4.Impulsar estrategias de acreditación externa como garantía de calidad para el ciudadano. En 2009 se obtuvo: •Acreditación Avanzada Agencia Calidad •Acreditación Hospital Amigo de los Niños y de las Madres •Acreditación Joint Commission 5.Obtener retroalimentación mediante grupos focales con madres que han dado a luz en nuestro centro durante el año 2009.

Resultados obtenidos.

8-10 % de las mujeres desean un parto normal de baja intervención En el año 2008 se evitaron 410 ingresos innecesarios, gracias al P.

ingresos y egresos En el año 2008 se presentaron 57 planes de parto

Lecciones aprendidas.

Es fundamental, a la hora de realizar proyectos de mejora, conocer lo que espera el ciudadano del sistema sanitario.

Una adecuada información es imprescindible para una toma de decisión autónoma El ejercicio de autonomía de los usuarios puede y debe estar limitado por la práctica basada en la evidencia.

C-138

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN: PERSPECTIVA DEL PACIENTE.

MARTÍNEZ LÓPEZ, C. ; GIMÉNEZ REQUENA, A. Y ESCOBEDO SÁNCHEZ, A..
INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA -L´´HOSPITALET

Palabras Clave: Consentimiento, Información, Alternativas, Ventajas, Inconvenientes, Preguntas

RESUMEN

Contexto de partida.
La finalidad del estudio es averiguar el punto de vista de los pacientes con cáncer de pulmón respecto a la información que le proporciona el equipo médico sobre su enfermedad y el tratamiento oncológico ofrecido.
Descripción del problema/necesidades.
Hemos querido averiguar:
a)Si el paciente sabe que firmó un Consentimiento Informado antes del necesidades tratamiento. Si comprendió el motivo de este trámite.
b)Si piensa que fue bien informado antes de firmar, para consentir así la realización del tratamiento: ventajas, inconvenientes, efectos secundarios, cambios permanentes, alternativas terapéuticas. c)Si fue receptivo a la información y planteó dudas a resolver. d)Si su actitud fue activa y buscó información complementaria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La herramienta utilizada fue un cuestionario de preguntas cerradas que un entrevistador administraba a pacientes, pilotado antes con 34 pacientes de varias patologías oncológicas. N=30 Se seleccionaron según el tipo de tratamiento, quedando igualmente representados los pacientes que recibieron los tratamientos más habituales (cirugía: 33%; quimioterapia: 30%; quimio-radioterapia: 37%) Habían comenzado el tratamiento primario, sin iniciar el complementario. Más tarde, se escogieron consecutivamente.
Resultados obtenidos.
a)El 90% recuerda haber firmado el documento. El 81% comprendió su significado. b)El 83% recibió información sobre beneficios esperados, y el 90% sobre inconvenientes. Los efectos secundarios se explicaron al 90% y los cambios permanentes al 37%. Se ofreció alternativas terapéuticas al 47%. En estos casos, se informó acerca de beneficios e inconvenientes de cada una de ellas al 86%. c)El 67% expresó dudas y siempre fueron resueltas satisfactoriamente. d)El 37% buscó información complementaria, en conocidos y familiares o Internet, no por insatisfacción (9%) sino por curiosidad (91%)
Lecciones aprendidas.
Los pacientes tratados por cáncer de pulmón se implicaron en la decisión terapéutica. Comprenden qué implica firmar el Consentimiento informado, y entienden que deben participar y consentir. Consideran que recibieron la información necesaria para firmar el documento, y expresaron dudas que el equipo asistencial supo resolver. No se limitaron a la información que le proporcionó el equipo asistencial, y consultaron otras fuentes de información complementaria: terceras personas o Internet. Mostraron talante activo en cuanto a la información sobre su enfermedad y tratamiento, interactuando con el equipo asistencial, cerciorándose de que la propuesta terapéutica es la más adecuada,
expresando dudas e informándose al margen del equipo asistencial.

C-139

CREACIÓN DE UN BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS

RIBÉ MIRÓ, A; ABELLÀ PORTA, M; BALAUDER CARRERA, A; GORGUES ESPASA, M; RODRÍGUEZ PENA, M Y DALMAU CARTAÑA, E.
ABS MONTBLANC

Palabras Clave: Ayuda Técnica,Dependéncia, Cesión

RESUMEN

Contexto de partida.
Área básica de salud de Montblanc y "consell comarcal de la conca de barberà". Duis, médicos de família, personal administrativo y trabajadoras sociales del "consell comarcal"
Descripción del problema/necesidades.
Los profesionales de enfermería y atención social de una abs rural, perciben un aumento de personas con dependencia en los domicilios, lo que conlleva la necesidad de material de ayuda para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. En los últimos meses, por las dificultades económicas del momento se observa un aumento en la demanda de material de soporte por parte de los familiares de pacientes con dependencia. Por esta razón se crea un espacio en que se puede facilitar la ayuda técnica necesaria y el asesoramiento profesional adequado.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Desde julio del 2008 se realizan sesiones conjuntas entre el personal sanitario del abs y los trabajadores sociales del "consell comarcal" (organismo donde tienenrepresentación todos los municipios de l'abs). Detectamos la necesidad y se empiezan a plantear posibles soluciones. Después de una revisión bibliografica se decide crear un banco de ayudas tecnicas (bat)en el mes de setiembre mediante la donación económica de diferentes instituciones locales se adquiere nuevo material, a la vez que se acude a los medios de comunicación locales: prensa y radio para difundir la puesta en marcha del proyecto y la recogida de todo aquel material en buen estado que no se utiliza i que se quiera donar al futuro banco de ayudas técnicas. Paralelamente se establece el circuito de valoración y de idoneidad de la ayuda. Poniendose en marcha el bat en el mes de febrerodel 2009.
Resultados obtenidos.
Buena acogida por parte de la población , profesionales y instituciones. Puesta en marcha del proyecto con un stock de material de 57 ayudas técnicas (sillas,camas,gruaseléctricas,...) En la actualidad se han realizado un total de 59 cesiones. En este momento disponemos de lista de espera para algun material determinado.
Lecciones aprendidas.
Si se obtienen más recursos económicos iran dirigidos a la compra del material mas solicitado. Después de nuestra experiencia creemos que es una forma económica i práctica de rendibilizar recursos mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes i sus cuidadores.

C-140

CALIDAD PERCIBIDA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO TRAS INSTAURAR ACTUACIONES DE MEJORA EN ATENCIÓN A LA DIABETES GESTACIONAL

DE MESA, Y.; PORTILLO, J.; GARCÍA, E.; ANTÚNEZ, MD.; VALDIVIELSO, E. Y BENÍTEZ, I..
UGC ESTEPONA OESTE

Palabras Clave: Satisfacción paciente/Calidad atención salud/ Diabetes Gestacional

RESUMEN

Contexto de partida.

Proceso Atención al Embarazo -Subproceso Diabetes Gestacional (DG) en la UGC de Estepona Oeste. Se implica el equipo multidisciplinario del nivel 1: facultativos, matrona, enfermera y auxiliares de enfermería

Descripción del problema/necesidades.

Al año de implantar el Proceso, la matrona captó la necesidad de mejorar la satisfacción de las mujeres diagnosticadas de DG. Tras indagar la vía clínica, estimamos factible pilotar un nuevo flujo de actuaciones dirigidas a subsanar los fallos objetivados

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se estructuró un sistema para agilizar el diagnóstico y seguimiento de la DG mediante un equipo de referencia, un DUE formado en esa determinada área e incorporando al auxiliar en el desempeño de labores educativas y en el adiestramiento de las técnicas de autocontroles glucémicos

Resultados obtenidos.

Las necesidades y expectativas de las pacientes, según el modelo SERVQUAL se relacionaron con las nuevas características técnicas del servicio usando la metodología del Despliegue de la Función de Calidad (QFD). Tras las actuaciones de mejora, las mujeres se sintieron bien informadas y aumentaron su percepción de seguridad. La búsqueda activa de casos mejoró la accesibilidad. La consulta inicial con la auxiliar y el seguimiento por la enfermera de referencia se consignan como actuaciones de peso al responder a los requerimientos de las pacientes. Algunas actuaciones pueden potenciarse y depurarse: el material didáctico, la información detallada de las pruebas complementarias, o mejorar el acceso telefónico para dudas.
Detectamos un problema sobre confortabilidad en la realización de la curva de glucemia diagnóstica en el hospital de referencia, que merece tenerse en cuenta para mejorar nuestros resultados

Lecciones aprendidas.

Resulta imprescindible la opinión inicial de todos los participantes del Proceso y en particular de las pacientes para analizar la calidad del servicio, máxime en situaciones clínicas con alta carga emotiva como la DG. El perfil profesional de las auxiliares es un recurso esencial en el equipo asistencial, debiendo participar activamente en el desarrollo de programas de educación para la salud, actuando como agentes sanitarios. La Gestión por Procesos, puede y debe centrarse en el usuario partiendo de las expectativas que tienen los ciudadanos, articulándolas con las exigencias técnicas. El QFD es un método estructurado que ayuda al equipo a organizar y relacionar la información obtenida durante el proceso de planificación operativa, asegurando que la “voz del paciente” sea escuchada y tomada en cuenta en todas las etapas del desarrollo del servicio

C-156

TIPOLOGÍA DE USUARIOS DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL SISTEMA PUBLICO ANDALUZ EN FUNCION DE SU FRECUENTACION

MURILLO CABEZAS, F.; SANCHEZ MEDINA, J. A.; ALARCÓN RUBIO, D.; PÉREZ TORRES, I.; FLORES CORDERO, J.M. Y RODRÍGUEZ ZARALLO, A..
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS

Palabras Clave: Servicios de urgencias, Uso inapropiado, Hiperfrecuentadores.

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio realizado a usuarios “no justificados” de los servicios de urgencias de hospitales públicos andaluces, mediante administración de un cuestionario sobre percepciones y motivaciones de dichos usuarios.

Descripción del problema/necesidades.

Existe una opinión generalizada en que hay un alto grado de uso inadecuado de las urgencias hospitalarias por los usuarios. Dicha opinión parte habitualmente de análisis que juzgan lo apropiado de la conducta de dichos usuarios en términos clínicos. Este enfoque aporta poco sobre los razonamientos del usuario que acude a urgencias de un hospital. Para abordar este tema hemos realizado este estudio con objeto de conocer los patrones de frecuentación de los usuarios y tratar de identificar que factores son los que condicionan esa conducta.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Con los datos de 2007 sobre frecuentación de las urgencias hospitalarias del Sistema Sanitario Público Andaluz, se estableció una muestra de 1.200 casos, estratificada de acuerdo a las siguientes variables: Situación geográfica. Tipo de Hospital. Día de la semana. Tramo Horario. La selección de los encuestados se ajustó al siguiente protocolo: Aquellos pacientes admitidos en urgencias, durante el periodo noviembre 2008-febrero 2009, y clasificados en el área de triaje como prioridad 3 o 4 (urgencias demorables o procesos no urgentes), eran invitados a participar en el estudio. Se aplicó a la muestra seleccionada el cuestionario especificamente diseñado.

Resultados obtenidos.

A partir de los 1025 cuestionarios válidos se han identificado cuatro grupos de uso de los servicios públicos de salud: Grupo 1. Usuarios con escaso uso (acuden pocas veces pero por un motivo que se reproduce en el tiempo). Grupo 2. Usuarios con uso esporádico (demandan asistencia de modo esporádico por problemas de diversa índole). Grupo 3. Usuarios con alta frecuentación (visitan en varias ocasiones al mes los servicios sanitarios por un motivo que se repite en el tiempo). Grupo 4. Usuarios con altísima frecuentación (acuden varias veces a la semANA por un motivo de salud que perdura en el tiempo). La distribución muestral de estos grupos establecidos en función de la frecuentación mostró: Grupo 1: 168 (16.4%). Grupo 2: 594 (58%). Grupo 3: 208 (20,3%). Grupo 4: 55 (5,4%)

Lecciones aprendidas.

Este estudio identifica cuatro tipologías de usuarios en función de su tasa de frecuentación, registrando que aquellos que acuden de modo escaso o esporádico constituyen casi un 75% del total. En base a ello, no podemos afirmar por tanto que una mayoría de nuestros ciudadanos haga un uso poco responsable de los recursos de urgencias hospitalarios.

C-157

MOTIVOS DE USO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO ANDALUZ

MURILLO CABEZAS, F; PÉREZ TORRES, I; FLORES CORDERO, J.M.; CABALLERO OLIVER, A; SANCHEZ MEDINA, J.A. Y ALARCÓN RUBIO, D.. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS

Palabras Clave: Urgencias hospitalarias, Demanda asistencia urgente, Calidad.

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado a usuarios “no justificados” de los servicios de urgencias de hospitales públicos andaluces, mediante administración de un cuestionario sobre percepciones y motivaciones de dichos usuarios.
Descripción del problema/necesidades.
Existe una opinión generalizada en que hay un alto grado de uso inadecuado de las urgencias hospitalarias por los usuarios. Dicha opinión parte habitualmente de análisis que juzgan lo apropiado de la conducta de dichos usuarios en términos clínicos. Este enfoque aporta poco sobre los razonamientos del usuario que acude a urgencias de un hospital. Para abordar este tema hemos realizado este estudio con objeto de conocer los patrones de frecuentación de los usuarios y tratar de identificar que factores son los que condicionan esa conducta.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Con los datos de 2007 sobre frecuentación de las urgencias hospitalarias del Sistema Sanitario Público Andaluz, se estableció una muestra de 1.200 casos, estratificada de acuerdo a las siguientes variables: Situación geográfica. Tipo de Hospital. Día de la semana. Tramo Horario. La selección de los encuestados se ajustó al siguiente protocolo: Aquellos pacientes admitidos en urgencias, durante el periodo noviembre 2008-febrero 2009, y clasificados en el área de triaje como prioridad 3 o 4 (urgencias demorables o procesos no urgentes), eran invitados a participar en el estudio. Se aplicó a la muestra seleccionada el cuestionario específicamente diseñado.
Resultados obtenidos.
A partir de los 1025 cuestionarios válidos y mediante análisis factorial de los 14 items de percepción incluidos en el cuestionario, se identificaron los factores principales sobre las motivaciones de uso de los servicios de urgencias hospitalarios por parte de los usuarios. Dichos factores fueron: 1) Confianza y calidad del Servicio de Urgencias Hospitalario. 2) Acceso a atención y recursos especializados. 3) Necesidad atencional percibida. 4) Comodidad de uso.
Lecciones aprendidas.
Los análisis efectuados en el presente estudio muestran que la principal motivación de uso de los servicios de urgencias hospitalarios está ligada a la alta valoración por parte de los usuarios de la calidad de los mismos, calidad que está vinculada a unos elevados niveles de confianza en los tratamientos y diagnósticos elaborados en nuestros servicios de urgencias hospitalarios.

C-158

LA NECESARIA COLABORACION ENTRE EL MÉDICO DE PRIMARIA Y LAS MUTUAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y EP DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SOLE CLAUS, I.; GUASCH BADELL, R.; CULLET CAMPENY, E.; BARDAVIO LACASA, A.J.; LOPEZ RODRIGO, C. Y GÜELL UBILLOS, J.A.. MUTUA UNIVERSAL

Palabras Clave: Comunicación, Cooperación, Matepss, Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado a partir de la experiencia de Mutua Universal, MATEPSS nº 10, en la Dirección Asistencial. Se han implicado en el trabajo un grupo de facultativos de dicha Dirección.
Descripción del problema/necesidades.
Dificultad de optimizar la evolución de los casos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, en un marco en el que la legislación prevé que el acto primero y esencial de la Incapacidad Temporal, la expedición de la baja laboral, sea competencia del Médico de Atención Primaria, y que el pago de la prestación económica sea competencia de las MATEPSS. El objetivo de este trabajo consiste en evidenciar situaciones en que se encuentra una Mutua a partir de la recepción de una baja laboral por contincencia común y en qué manera ello constituye un acto de amplia repercusión social y genera consecuencias jurídicas para trabajador, Mutua, empresa y sociedad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio de posibles situaciones en que se encuentra una Mutua tras recepción de una baja laboral, teniendo en cuenta varios escenarios 1 Baja con patología incapacitante: 1.1 paciente citado a valoración por Mutua según seguimiento previsto en la LGSS; 1.2 paciente recupera capacidad laboral y simultanea baja con actividad laboral; 1.3 paciente en lista de espera de sanidad pública 2 Baja sin patología incapacitante: no necesita asistencia sanitaria o no está incapacitado para trabajar
Resultados obtenidos.
1 Significativo porcentaje de casos para cada una de estas situaciones sobre el total de procesos de Incapacidad Temporal 2 Significativo coste económico del total de casos en estas situaciones: obtenido de la multiplicación del número de casos por la duración media de los mismos
Lecciones aprendidas.
Resulta imprescindible establecer canales de comunicación que permitan una cooperación horizontal entre médicos de asistencia primaria de la sanidad pública y las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social, a fin de ofrecer la óptima calidad en la gestión de las bajas laborales y conseguir reducir los tiempos de espera en la realización de pruebas y tratamientos, evitando situaciones que comporten repercusiones para la sociedad y estableciendo sinergias que redunden en beneficio de las personas.

C-159

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS SALUDABLES

TOBÍAS MANZANO, ANA; PÉREZ NAVARRO, ADELAIDA; CUETO SAAVEDRA, DOLORES; CRAVIOTTO MANRIQUE, Mª ISABEL; LÓPEZ VALVERDE, Mª ÁNGELES Y ALBERO SERRANO, Mª PILAR .
DISTRITO A.P. ALMERÍA

Palabras Clave: Hábitos Saludable, promoción

RESUMEN

Contexto de partida.
Distrito Sanitario Atención Primaria Almería. Multicéntrico y Multidisciplinar.

Descripción del problema/necesidades.
Es conocido que existe una estrecha y compleja relación entre el estado de Salud de las personas y su forma de vida. Su estudio y objeto de intervención constituye unos de los pilares de la Salud Pública.
El Plan de Promoción de Actividad Física y Alimentación Equilibrada se articula en torno a una meta: Fomentar la práctica de la Actividad Física y la alimentación saludable, como medidas para prevenir la enfermedad, discapacidad y mejorar la calidad de vida.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras la valoración positiva de una experiencia sobre hábitos saludables realizada el año anterior en un Centro, se valora la posibilidad de hacer extensible al resto de las unidades del Distrito.
Se realiza una reunión con los responsables de cada centro y se adscriben al Proyecto, 13 de las 17 unidades que componen el Distrito.
Siendo el objetivo común del Proyecto el dar a conocer a la población las ventajas para la salud, del ejercicio físico y la alimentación equilibrada. Durante la semana del 25 al 29 de Mayo de 2009, se realizan actividades programadas en la que intervienen todos los profesionales de los distintos centros, en colaboración con sus usuarios:
-Stand de Consejo Dietético Básico
-Consulta de Cribado de Salud: Peso, Talla, IMC, Perímetro Abdominal, TA, medición de monóxido de carbono
-Talleres de Alimentación: Infantil, Escolar y Adultos
-Talleres de Actividad y ejercicio físico: Geronto-gimnasia, ruta en bicicleta y caminatas
-Actividades Escolares: Concurso de carteles, desayunos, representaciones teatrales y actividades de promoción sobre: alimentación, salud buco-dental, Consejo Antitabaco.
-Desayuno saludables en los Centros de Salud
-Día sin Alcohol -Degustación de platos de cocina saludable elaborada por los usuarios
Para la divulgación del Proyecto, se realizan: Dipticos, carteles, póster y colaboración de medios de comunicación locales. El material se expone en todos los Centros de Salud. Y entregan en asociaciones.

Resultados obtenidos.
Para la valoración de resultados se realiza una Encuesta de Satisfacción a los profesionales y los usuarios que han participado el evento.
Pendiente de obtención y análisis de resultados, puesto que no han finalizado aun las actividades.

Lecciones aprendidas.
En principio satisfactoria por ambas partes, pero sin resultados definitivos.
Pendiente de valoración.

C-160

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD 2008–10 EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA (DGAIA).

AVELLANEDA MILLÁN, A. Y HERRERA CARDENAL, M.E..
INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN

Palabras Clave: Plan, Implantación, Implicación, Gestión, servicios sociales

RESUMEN

Contexto de partida.
La Ley 12/2007 de servicios sociales ha supuesto un impulso para la mejora de la calidad de los servicios de protección de menores desamparados o en situación de riesgo social.

Descripción del problema/necesidades.
Objetivos y líneas estratégicas del Plan de Calidad (PC) se establecieron a partir del diagnóstico que realizó Planificación y Evaluación de DGAIA en colaboración con Instituto Avedis Donabedian.
Se evaluó el cumplimiento de indicadores normativos en una muestra estratificada de 54 dispositivos a partir de revisión de expedientes, entrevista con responsable, observación, revisión de documentación e información de servicios territoriales.
Como oportunidades de mejora, destacaban las referidas a profesionales y coordinación.
El PC pretende mejorar la calidad de la atención a los niños/as y a sus familias. Uno de los objetivos es aumentar la corresponsabilización de los diferentes grupos de interés, enpecialmente en los profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas. Se constituyeron equipos para desarrollar los objetivos del PC: Núcleo (NC), Referentes Territoriales (RTC) y Comité Estratégico (CEC) que se creó a partir de la reunión de directivos ya existente.
Se dio mucha importancia a la difusión tanto de los resultados del diagnóstico como a la presentación del PC.
Resultados diagnóstico destacados:
Formación:
- Territoriales (SSTT): 25%; C Acogida (CA): 11,1%; C Residenciales (CRAE): 38,1%
Coordinación:
- SSTT: 30,77%; CA: 33,3%; CRAE: 57,1%

Resultados obtenidos.
Resultados de la línea estratégica clave en fase inicial, difundir la cultura de la calidad:
15 sesiones de difusión del PC, que evidencian el interés de profesionales de diferentes dispositivos. Tasa participación: 80%.
Participación en equipos para desarrollar los objetivos del PC > 90%, con cumplimiento íntegro del orden del día en 95%.
Asistencia al grupo de trabajo sobre atención a urgencias: 100% y satisfacción global de los profesionales participantes 8.

Lecciones aprendidas.
Pasar de planificación a implantación en una organización con historia de cambios, algunos recientes y no consolidados, fue un reto.
Los inputs del diagnóstico (entrevistas a personas clave de la organización, impartir formación sobre calidad y evaluar el cumplimiento de indicadores normativos) han facilitado difundir la cultura de la calidad.
Integrar miembros directivos tanto en el CEC como en el NC ha facilitado el alineamiento de los responsables con el PC.
Asegurar la representatividad territorial mediante las RTC y de dispositivos a través del NC, es un primer paso para la unificación de criterios en la atención.

C-175

SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE LA ESTERILIZACIÓN HISTEROSCÓPICA EN EL HOSPITAL REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

VELASCO SÁNCHEZ , E.; MIÑARRO DEL MORAL, R.M.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; ARJONA BERRAL, J.E.; CASTRO RUIZ, M.J. Y POVEDANO CAÑIZARES, B.. UNIDAD DE CALIDAD. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Satisfacción del Paciente, Grupos Focales, Esterilización Tubaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba por un equipo interdisciplinar de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica de la Mujer directamente implicados en la técnica y de la Unidad de Calidad como apoyo metodológico.
Descripción del problema/necesidades.
La esterilización histeroscópica se aplica en el HURS desde el año 2003 y 3.200 mujeres han sido sometidas a este procedimiento. Se realizan 4 grupos focales con usuarias de diferentes características para conocer su opinión sobre el procedimiento.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se elaboró una Guía de Citación Telefónica específica enfatizando el respeto a la intimidad. A partir del registro de la UGC de la Mujer se identificaron las mujeres susceptibles de participar por estratos de interés (ámbitos rural y urbano, situación laboral, año de colocación del Essure™). Se utilizaron preguntas abiertas para explorar los temas relevantes para las mujeres. Se transcribió el contenido de los grupos y se agruparon las opiniones en bloques temáticos ad hoc.
Resultados obtenidos.
La opinión de las mujeres sobre el procedimiento es muy satisfactoria y todas lo recomiendan. Destacan la rapidez, la ausencia de efectos secundarios y la no necesidad de cirugía. La información y el trato que reciben son muy satisfactorios aunque pueden mejorar en la cita de revisión.
Lecciones aprendidas.
Con un método relativamente sencillo y rápido es posible detectar áreas de mejora en el procedimiento de esterilización histeroscópica desde la óptica de las usuarias.

C-176

PLAN FUNCIONAL DE PERSONAS CUIDADORAS DEL HOSPITAL U. VIRGEN DE LAS NIEVES: COMPROMISO DE APOYO, FORMACIÓN Y PROTECCIÓN

GORLAT SANCHEZ, B.; MARTIN BERRIDO, M.; RIVAS CAMPOS, A.; QUERO RUFIAN, A.; CUETO REJON, E. Y CALLE GARCÍA, MJ.. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras Clave: Personas Cuidadoras, Formación, Multidisciplinar, Compromiso

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se realizó en el Hospital U. Virgen de las Nieves de Granada dentro del Plan de Atención de las Cuidadoras de Andalucía en Hospitalización, a iniciativa de la Subdirección de Enfermería con la colaboración de Servicios Generales y SAU.
Descripción del problema/necesidades.
El punto de partida fue un estudio realizado en nuestro hospital en el que se detectan las demandas de las personas cuidadoras. Como consecuencia se elaboró un Plan Funcional para Personas Cuidadoras en Hospitalización donde se refleja la necesidad de desarrollar un compromiso de apoyo, formación y protección a este colectivo
Desarrollo y soluciones aportadas
FASES: Creación de un grupo de trabajo. Cronograma de trabajo. Definición del contenido del proyecto: criterios, líneas de actuación (talleres formativos, apoyo social, sanitario y hostelero), circuitos, creación de áreas de descanso y decálogo. Pilotaje Planificación del proceso de implementación Difusión: entrega de dossier a profesionales y sesiones formativas Implementación Evaluación Revisión del Plan y Formación para la mejora
Resultados obtenidos.
Para medir los efectos del proyecto se realiza un análisis descriptivo utilizando grabaciones en audio y video a personas cuidadoras y a sus enfermeras referentes. Los resultados obtenidos muestran como percepciones positivas de las personas cuidadoras: la comida y la sala de descanso, teniendo tanto peso éstas que no son percibidos aspectos negativos. No obstante, en relación a los objetivos se comprueban como negativos: demora en la captación, desconocimiento de las personas cuidadoras del resto de prestaciones del plan, falta de información y formación por parte de la enfermera referente y no adherencia al plan de las enfermeras.
Surge pues, la necesidad de realizar mejoras en el plan y de conseguir la participación activa de los profesionales
Lecciones aprendidas.
Comprobamos que existen dos elementos fundamentales para el éxito del Plan Funcional de Personas Cuidadoras en el Hospital: la adecuada difusión entre todos los profesionales y el compromiso de los responsables enfermeros de las unidades en la implementación y evaluación continua del plan. Como consecuencia de los resultados obtenidos se plantea una revisión del plan con un nuevo grupo de trabajo, que mantiene relación constante entre las partes integrantes a través de un foro en la Web del hospital. Modificados los puntos débiles del plan se procede a su difusión a través de un programa de formación dirigido a todo el personal del hospital (taller específico para modificación de conductas en enfermería y cursos de difusión para las partes interesadas)

C-177

USO SEGURO DE OPIOIDES: VALORES Y PREFERENCIAS DE PACIENTES Y PERSONAS CUIDADORAS

GARCÍA TOYOS, N.; TAMAYO VELÁZQUEZ, MI.; ESCUDERO CARRETERO, MJ.; SANZ AMORES, R.; GUERRA DE HOYOS, JA. Y FERNANDEZ GARCÍA E. .
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: Opioides, GPC, participación, CP, investigación cualitativa

RESUMEN

Contexto de partida.
En el marco del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012 y del Plan Andaluz de Atención a las personas con dolor, se está elaborando una Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Uso Seguro de Opioides en la situación terminal. Siguiendo las recomendaciones del Manual metodológico de GPC del SNS, se decide incorporar la voz de la ciudadanía, a través de la realización de un estudio cualitativo para incorporar las preferencias de pacientes y cuidadoras.
Descripción del problema/necesidades.
Averiguar la valoración y preferencias de pacientes en situación terminal y personas cuidadoras sobre el uso de opioides mayores para incorporarlas al desarrollo de la GPC, tanto en el epígrafe resultados esperados como en la gradación de recomendaciones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas a pacientes en situación terminal con indicación terapéutica de uso de opioides y personas cuidadoras. Criterios de segmentación: enfermedad de base (oncológica/no oncológica) y adhesión al tratamiento (aceptado/abandonado/rechazado). Estudio realizado ente marzo y abril de 2009. Se hicieron 42 entrevistas, 22 a pacientes y 20 a cuidadoras.
Resultados obtenidos.
Toman opioides para intentar controlar el dolor, a través de diferentes vías de administración, de las cuáles se refleja una preferencia por la vía transdérmica. En cuanto al efecto, alivia el dolor, aunque en algunas personas no totalmente y provoca efectos secundarios no deseados como somnolencia, mareos, desorientación y problemas digestivos, principalmente. Las cuidadoras poseen más información y la transmiten paulatinamente a sus pacientes, a veces la información no es suficiente para tomar decisiones y acatan las indicaciones facultativas. Se manifiestan distintas creencias (erróneas) asociadas a esta medicación. La morfina se asocia con adicción y drogodependencia, creen que provoca un deterioro físico y cognitivo de las personas y que provoca una muerte prematura.
Lecciones aprendidas.
La mayoría de las personas entrevistadas muestra gran satisfacción con el tratamiento porque alivia el dolor, aunque aparezcan efectos secundarios. Muchas personas no tienen conocimientos sobre la medicación, para algunas la información es suficiente, mientras que otras la consideran escasa.
Las creencias erróneas se mantienen incluso en personas que llevan tiempo con el tratamiento. Una de las conclusiones del estudio apunta la necesidad de mejorar la información sobre los opioides y desmontar las falsas creencias asociadas.

C-178

PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS: EXPECTATIVAS Y PRIORIDADES DE CUIDADORAS INFORMALES.

GARCÍA TOYOS, N.; RUIZ ROMÁN, P.; ESCUDERO CARRETERO, MJ.; CÍA RAMOS, R.; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A. Y SANZ AMORES, R..
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: CP, cuidadores, preferencias, satisfacción, investigación cualitativa.

RESUMEN

Contexto de partida.
El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACP), 2008-2012, introduce aspectos innovadores en el modelo de atención a los Cuidados Paliativos (CP), en la organización sanitaria de los CP y en los aspectos éticos que incluye, a través de sus siete líneas estratégicas de actuación. El PACP responde a un modelo centrado en pacientes y familiares por lo que resulta imprescindible conocer sus expectativas y prioridades, para poder incorporarlas y/o gestionarlas en el desarrollo del PACP.
Descripción del problema/necesidades.
Conocer las expectativas de personas cuidadoras sobre cada línea estratégica del PACP, identificar sus propuestas y prioridades para la implantación.
Desarrollo y Estudio cualitativo a través de grupos nominales. Se realizaron 6 soluciones aportadas grupos de 3 horas de duración, en Sevilla, Huelva, Cádiz, Córdoba, Granada y Málaga.
Participaron 45 personas que durante los últimos 6 meses habían cuidado un/a familiar en CP.
Se realizó análisis de contenido de la información obtenida.
Resultados obtenidos.
La línea estratégica ATENCIÓN SANITARIA fue la más priorizada en todos los grupos realizados. Dentro de esta línea, las personas cuidadoras aportaron numerosas propuestas, las siguientes son las más unánimes: mejora del acceso a las Unidades de CP y aumentar la cobertura horaria; que los servicios de urgencias les ofrezcan trato prioritario; diagnósticos rápidos y acertados haciendo las pruebas que sean necesarias.
Otra línea de acción que fue unánimemente priorizada fueFORMACIÓN. Dentro de esta línea, la propuesta concreta considerada más importante fue formación a personas cuidadoras en temas como: higiene, cambios posturales, sintomatología o información sobre la evolución de la enfermedad en formato audiovisual.
De las otras líneas cinco líneas estratégicas, se aportaron propuestas como: •COODINACIÓN e INTERSECTORIALIDAD: mejorar relación entre servicios sanitarios y sociales.
•PARTICIPACIÓN CIUDADANA: sensibilizar a la sociedad con campañas informativas.
•APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS: Apoyo psicológico e información sobre recursos.
•INVESTIGACIÓN: Más dotación de recursos para investigación.
•APOYO A LA TOMA DE DECISIONES: informar sobre la evolución de la enfermedad y las VVA.
Lecciones aprendidas.
Las personas participantes consideran que la línea de acción prioritaria ha de ser la de ATENCIÓN SANITARIA, emprendiendo acciones que permitan mejorar la accesibilidad geográfica y horaria a los CP. Otro resultado significativo es la importancia que concedió a las accionesrelacionadas con la FORMACIÓN a las personas cuidadoras.

C-179

VALORACIÓN Y EXPECTATIVAS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD DE LA CIUDADANÍA EN ANDALUCÍA.

GOMEZ MARTÍNEZ, ME; RUIZ AZAROLA, A Y GIJON SANCHEZ, MT.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: Participación, Expectativa, Ciudadania, Foros de Pacientes

RESUMEN

Contexto de partida.
Es parte de un proyecto financiado por Consejería de Salud. Ámbito Andalucía. Realizado 2007 por profesionales de EASP con línea profesional en expectativas de ciudadanía y en participación en salud.

Descripción del problema/necesidades.
Actualmente, la relación del paciente con el sistema sanitario está en constante transformación. Demanda expresada de una "participación de pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria", y del "reconocimiento de los/as pacientes como agentes de la política sanitaria". Buscamos explorar las experiencias y expectativas de la ciudadanía andaluza, respecto a fórmulas de participación, en general, y sobre los Foros de Pacientes en particular.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Abordaje cuantitativo con entrevistas semiestructuradas telefónicas a población >18 años, se entrevistaron a 1.019 personas con selección polietápica. Análisis: descriptivo, bivariante, de cluster y mulitivariante. Fases: Preparatoria: mapeo, muestra, validación cuestionario. Pilotaje. Trabajo de Campo: cumplimentación cuestionario telefónico. Análisis y focalización: relación y análisis de datos obtenidos. Redacción Informe: composición final de resultados.

Resultados obtenidos.
Gran variabilidad al valorar la participación en las decisiones sobre el tratamiento. Puntuación menor en facultativos de AE. Mayor importancia otorgada a la participación en la organización de los centros sanitarios en comisiones para la mejora en la calidad, en la organización de los horarios de las consultas, las comisiones para evaluar aspectos éticos, siendo inferior en la organización de horarios de comidas en hospitales y decisiones presupuestarias. Tener información sobre los servicios y ayudas a las que la ciudadanía puede acceder es el aspecto más valorado. A mayor edad más importancia se le otorga al hecho de pertenecer a alguna asociación de pacientes. Mayor utilidad se le otorga a mecanismos de participación como libre elección de médico, el testamento vital y las campañas informativas, y el de menor utilidad, las reclamaciones. Personas jóvenes valoran la utilidad de páginas web de pacientes como espacios para poder participar.

Lecciones aprendidas.
Se constata la demanda continua de Participación en Salud de la ciudadanía andaluza. Regular o formalizar las estructuras y/o espacios para la comunicación y la posibilidad de participación es un reto de la población andaluza. La población andaluza quiere participar en todo lo que concierne a su salud y por tanto, puede servir como paso preparatorio para el diseño de un Foro de Participación de Pacientes en Andalucía, adaptado al contexto autonómico.

C-195

ANÁLISIS DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PACIENTES CON ESTUDIO PREANESTÉSICO REALIZADO

DE LA TORRE BARBERO, MJ; HERRADOR ORTIZ, Z.; PÉREZ LORENTE, I. Y PELAYO OROZCO, AM..
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Registro Demanda Quirúrgica; Gestión Recursos

RESUMEN

Contexto de partida.
Las citas para los estudios preanestésicos en el Hospital Universitario Reina Sofía, se gestionan en la unidad de registro de demanda quirúrgica, actuando en el marco de un protocolo para la inclusión en lista de espera.

Descripción del problema/necesidades.
Se ha observado que existen pacientes que tras realizarse dicho estudio, no llegan a intervenirse, por lo que consideramos necesario identificar los factores que determinan esta situación: :Evaluar el porcentaje de pacientes con estudio de preanestesia realizado que no llegan a realizarse la intervención quirúrgica e identificar factores que influyen en la no intervención quirúrgica, posterior a la realización de la preanestesia.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que se han realizado la preanestesia en el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2007 y el 30 de Septiembre de 2008, en consultas del hospital Universitario Reina Sofía. Se han estudiado un total de 400 pacientes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se calcula para el total del hospital y para cada especialidad, la distribución de frecuencias de pacientes intervenidos y no intervenidos, así como el análisis de los factores por los que los pacientes con preanestesia realizada no terminan interviniéndose.

Resultados obtenidos
El estudio se encuentra en fase de elaboración de resultados. En los datos obtenidos hasta el momento hemos encontrado que: el 34,25% de las preanestesias realizadas en nuestro hospital corresponden a cirugía general y digestiva, le siguen las solicitadas por las especialidades de traumatología (19,4%), oftalmología (14,2%) y cirugía pediátrica (102 %). El hospital general es el centro donde se han realizado más preanestesiasen

Lecciones aprendidas.
El cumplimiento del decreto 209/2001 de 18 de septiembre, de la orden 20 de diciembre de 2006 y de la orden 14 de mayo de 2007 exige optimizar los recursos disponibles para la organización y gestión operativa de la demanda quirúrgica, desde que la inscripción es recibida, hasta que el paciente está en situación de poder ser programable (recepción de la historia, valoración en consulta) y en caso de confirmarse la indicación quirúrgica ser intervenido. Se pretende, a partir de los datos obtenidos en este estudio, organizar y ordenar de acuerdo con los Servicios Quirúrgicoslas indicaciones de inclusión en RDQ teniendo en cuenta, las situaciones familiares, personales y/o laborales por las que un paciente no puede intervenirse por el momento, así como los pacientes indecisos, o no quieren intervenirse antes de iniciar el proceso de la preanestesia

C-196

ANTICOAGULACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD DE SEVILLA

ALBARRÁN SÁNCHEZ, Mª J.*; SAMPEDRO ABASCAL, C; GIL CASTELLANO, J; PEREA RODRÍGUEZ, C.; VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, A Y DOMÍNGUEZ FUENTES, C.
C.S. MERCEDES NAVARRO (PARQUE ALCOSA)

Palabras Clave: Anticoagulados, Atención Primaria, Fibrilación auricular

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en Atención Primaria, en un Centro de Salud de Sevilla, por un equipo multidisciplinar que consta de un Hematólogo de referencia, tres Médicos de Familia y tres Enfermeras.

Descripción del problema/necesidades.
La cobertura de enfermedades que precisan Tratamiento con Anticoagulantes Orales (TAO) han incrementado en los últimos años, por lo que el Sistema Sanitario Público Andaluz responde a las necesidades de los pacientes, ofertando por medio de la Cartera de Servicio el control de los pacientes anticoagulados. El motivo principal del proyecto es la descentralización de la Atención Especializada hacia Atención Primaria (AP), para dar una respuesta adecuada y mejorar la accesibilidad de estos pacientes que en su mayoría son, de edad avanzada, cardiópatas y polimedicados.

Desarrollo y soluciones aportadas. El proyecto se llevó a cabo en el primer trimestre del 2009. Se realizó un estudio descriptivo de 509 pacientes anticoagulados activos recogidos en la base de datos. Los pacientes que tenemos en cartera han sido tratados y regulados por el hematólogo de referencia en dos ocasiones y posteriormente controlados por los Médicos de Familia en AP. La técnica es por medio de sangre capilar extraída por personal de enfermería y analizada por coagulométros que dan el valor de INR (International Normalized Ratio) del paciente.

Desarrollo y soluciones aportadas.
De los 509 pacientes anticoagulados, 236 hombres (46,36%) y 273 mujeres (53,64%). La edad media de los pacientes es de 70+/-5. Se revisan mensualmente una media de 250 pacientes, encontrándose el 50% de las visitas en rango terapéutico. Los pacientes que no se hallaban en dicho rango, también se controlaron mediante las citas precisas y la dosificación adecuada en Atención Primaria. Esto nos indica que tenemos que reforzar:
- El conocimiento y manejo de la TAO por los pacientes y profesionales.
-Ofertar el control de la TAO a todos los pacientes, sobre todo a los incapacitados.
- Manejo de sistemas de registro.
- Educar a los pacientes en los aspectos relacionados con la TAO.

Lecciones aprendidas.
-Incidir en el cumplimiento terapéutico.
-Mayor satisfacción del paciente anticoagulado por la descentralización.
-Reforzar la educación sanitaria y estilos de vida.

C-197

ELABORANDO BUENAS PRACTICAS EN LA COMUNICACIÓN CON POBLACIÓN INMIGRANTE EN URGENCIAS, 1ª FASE. (PROYECTO FIS PI08/0781)

MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA; MARIA JESUS ALBAR MARIN; ANNA BOCCHINO; ROCIO MORANO BÁEZ Y MANUEL GARCÍA RAMIREZ.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Enfermeria, Coaliciones En Atención De Salud

RESUMEN

Contexto de partida.
Este proyecto parte de la Unidad de Investigación del Área Hospitalaria Virgen Macarena. En concreto, se trata de un estudio impulsado desde el área de enfermería, en el que participan enfermeras del servicio de Urgencias Generales y Observación.

Descripción del problema/necesidades.
Esta buena práctica se plantea en base al incremento de población inmigrante que se atiende actualmente en este servicio de Urgencias, y a las deficiencias observadas para prestar cuidados adecuados a sus necesidades. Estas deficiencias se detectaron y cuantificaron, en primer lugar, a través de la observación diaria, y posteriormente mediante entrevistas a los profesionales. En consecuencia, se planteó esta iniciativa, que ha favorecido la constitución de una coalición comunitaria en la que están representados los profesionales sanitarios, y la población inmigrante.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se está llevando a cabo a través de una metodología de Investigación Acción Participativa, en la que tanto los profesionales sanitarios de Urgencias, como representantes de la población inmigrante, participan activamente en la coalición para desarrollar estrategias que favorezcan una mejora en la comunicación. Además, está prevista la realización de talleres de formación en Competencia Cultural dirigidos a todos los profesionales sanitarios. Todas las actividades que se desarrollan, se están difundiendo a través de los miembros del grupo de investigación, de la coalición, y mediante boletines informativos. También está prevista la difusión a través de sesiones informativas con los profesionales.

Resultados obtenidos.
Hasta la fecha, se puede destacar como logros del proyecto los contactos establecidos con los profesionales, y con la población inmigrante. En ambos grupos se está empezando a despertar conciencia crítica sobre la importancia de comunicarse adecuadamente para prestar cuidados de calidad, así como sobre la necesidad de prestar cuidados centrados en las necesidades individuales de los pacientes. Por otra parte, se está detectando la necesidad de trabajar con la coalición, además de en la comunicación, en el diseño de estrategias que favorezcan la alfabetización en salud de la población inmigrante.

Lecciones aprendidas.
El trabajo mediante coaliciones favorece la participación activa de todos los implicados, y la conciencia crítica. Además, supone que las soluciones aportadas, se ajusten efectivamente a las necesidades colectivas.

C-198

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN EL SSPA

TAMAYO VELÁZQUEZ, MI Y SIMÓN LORDA, P.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: Comité, comisión, ética asistencial, participación, ciudadanía

RESUMEN

Contexto de partida.

El impulso de los Comités de Ética Asistencial (CEAs) es necesario para conseguir que la organización sanitaria se estructure y funcione de forma que pueda respetar los derechos de ciudadanía, pacientes y profesionales.

Desde la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud se solicitó a la Escuela Andaluza de Salud Pública la realización de un informe que detallara la situación actual de los CEAs en el SSPA, con el objeto de mejorar la estructura y funcionamiento de éstos en el futuro.

Descripción del problema/necesidades.

Conocer en detalle la situación actual de los CEAs en el SSPA, mediante descripción de sus características para que, en un futuro, puedan adaptarse o implantarse los CEAs a medida de cada Área o Centro Sanitario. Esta estrategia permitirá la mejora de la calidad ética de las organizaciones e incrementar los escenarios de toma de decisiones por los profesionales

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario semiestructurado autocumplimentado. Se contactó electrónica y telefónicamente con las Direcciones de Gerencia de los centros y se obtuvieron los cuestionarios cumplimentados por representantes de cada centro. Una vez obtenidos los resultados se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables de respuesta abierta se agruparon en bloques de contenidos temáticos

Resultados obtenidos.

La tasa de respuesta fue del 91%. Se localizaron 24 CEAs (considerados como comités/comisiones que en mayor o menor medida desempeñan funciones relacionadas con la ética asistencial). Existe una gran variabilidad entre CEAs en cuanto a estructura, desarrollo y experiencia. El 70% se encuentra en Málaga, Sevilla, Cádiz y Granada. Hay 320 profesionales implicados en los CEAs (47,5% ha recibido formación específica en ética/bioética)

El perfil del miembro del CEA es hombre, médico con una media de edad de 48 años. No hay ningún miembro lego en los CEAs.

Los temas más tratados están relacionados con el final de la vida, rechazo de tratamientos y consentimiento informado

Lecciones aprendidas.

Es necesario ordenar y planificar la estructura territorial y organizacional de los CEAs para dar cobertura a toda Andalucía mediante comités sólidos, formados y con recursos.

Se requiere una estrategia de formación en bioética dirigida a integrantes de CEAs y profesionales del SSPA. Los CEAs demandan una estructura de coordinación que permita el trabajo conjunto y optimización de recursos. Debe estimularse la participación ciudadANA mediante la incorporación de miembros legos en los CEAs.

C-199

EVALUACION DE LA IMPLANTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL TXAGORRITXU

LAMIQUIZ, E Y GARITANO, B.
HOSPITAL TXAGORRITXU CONSENTIMIENTO INFORMADO

Palabras Clave: Consentimiento Informado

RESUMEN

Contexto de partida.

La legislación indica el deber de informar verbalmente y por escrito a los pacientes ante la realización de procedimientos que conlleven un riesgo sustancial. La prueba del consentimiento otorgado por el paciente es el Documento de Consentimiento Informado (DCI).

Descripción del problema/necesidades.

Tras la auditoría de acreditación docente se establece como acción correctiva la evaluación de la implantación del DCI (presencia y cumplimentación del documento) en dos procesos, y establecer acciones correctivas si procede.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se seleccionaron hernioplastia y anestesia siguiendo los criterios de frecuencia del rocedimiento y factibilidad de realización de la revisión.

Se realizó una selección aleatoria de casos entre las hernioplastias realizadas el año anterior.

Dos revisores recogieron los siguientes datos: Nº Historia, Edad, Sexo, Fecha de ingreso, alta e intervención, Presencia/ausencia de CI; Para cada documento de CI analizado, presencia/ausencia de nombre del paciente, nombre del médico, información de riesgos personalizados, firma del paciente y/o representante legal, firma del médico responsable. Presencia de documentos de CI no normalizados u obsoletos en la historia; Anotaciones en evolutivo médico sobre solicitud de consentimiento verbal; Presencia/ausencia de otros CI pertinentes.

La automatización y explotación de datos se realizó mediante SPSS.

Resultados obtenidos.

Se seleccionaron 70 casos (20% del total), 80% hombres; edad media:60,6. Presencia del DCI: Anestesia: 100%; Hernioplastia: 97,1%. Calidad de la cumplimentación: Anestesia: 100% cumplimentación de nombre y firma del paciente, nombre y firma del médico, 76,2% Información sobre riesgos personalizados. Hernioplastia: 100% cumplimentación de nombre del paciente, nombre del médico; 91,2% firma del médico; 94,1% firma del paciente; 20% Información sobre riesgos personalizados.

En el 28,6% de los casos había anotaciones en evolutivo médico sobre el consentimiento expresado verbalmente por el paciente y/o familiares en el momento en que se indicó la intervención.

No se encontró ningún documento no normalizado u obsoleto ni ausencias de otros DCI necesarios.

Los resultados apuntan hacia la utilización del DCI como único vehículo de información y escasa “tradición” de registrar la información dada al paciente.

Lecciones aprendidas.

Los resultados son coherentes con los obtenidos en la encuesta anual de satisfacción de pacientes: los pacientes de las unidades de hospitalización implicadas en el estudio presentan resultados deficientes en el apartado de información sobre alternativas al tratamiento quirúrgico.

C-215

INTERVENCIONES EN EL CÓLICO DEL LACTANTE (CL). IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS DE E.B.E. EN A.P. DE ZARAGOZA

TRAÍN DEL VAL, AM; TABUENCA ESPADA, MP; ARNAL RUBIO, EP; BRUN SOTERAS, MC; SÁNCHEZ ABAD, MA Y BALAGUÉ CLEMOS, C. DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, SECTOR ZARAGOZA-II

Palabras Clave: Infant_colic, maternal_diet, allergens, to_nurse, colic.

RESUMEN

Contexto de partida.

*El Protocolo se implementa en las unidades de pediatría de 4 EAPs de Zaragoza, siendo responsable del proceso en cada EAP siempre al menos 1 autora del Protocolo. *En la implementación colaboran las enfermeras pediátricas, pediatras y matronas de los EAPs elegidos. *El Protocolo tiene el informe positivo de la Comisión de Tecnologías y Adecuación de Recursos del Sector Zaragoza-II.

Descripción del problema/necesidades.

*En el Congreso S.E.C.A.-2008, el IACS-Aragón presentó la "Guía problema/ Metodológica para la Elaboración de Protocolos Basados en la necesidades Evidencia".

*Se elaboraron en Aragón 9 Protocolos de Cuidados de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) que pasaron a la fase de implementación y estudio de resultados. El que ahora se presenta es uno de ellos. *Población diana: niños de ambos sexos, desde el nacimiento hasta el final del 3er. mes de vida, adscritos a las unidades de pediatría implicadas (20,4% del total). *De marzo a mayo de 2008, las autoras del Protocolo realizan una recogida previa de datos sobre la magnitud del problema objeto de intervención.

Desarrollo y soluciones aportadas.

*Entre el 1 y el 15-junio-2008, las autoras realizan la difusión del Protocolo en los 4 EAPs y la formación a los profesionales implicados en su implementación: enfermeras, pediatras y matronas. *A partir de 16 de junio, durante las consultas de pediatría se informa a los padres/cuidadores de la existencia del Protocolo. Si se evidencia el síntoma del llanto con características que permitan sospechar CL, se explican las recomendaciones del Protocolo y su duración, se entrega información escrita y cuestionarios para recoger los datos de la aplicación del Protocolo. *Los cuestionarios cumplimentados se reciben en consulta en posteriores visitas. *Los datos recogidos hasta el 15-mayo-2009 se compilan del 16 al 30 de mayo para su descripción.

Resultados obtenidos.

*Los cuestionarios durante y tras la aplicación de las recomendaciones muestran reducción del número de episodios de llanto diarios (de 2,2 a 0,9 por bebé), del tiempo medio diario de llanto del bebé (de 90' a 43') y del tiempo medio de sueño perdido por los padres (de 150' a 48'). *Los sentimientos/actitudes de los padres ante el llanto del bebé son varios. *Maniobras de tranquilización, complemento de otras técnicas, son muy utilizadas para abordar el llanto del bebé. *El 60% de los datos informan evolución a mejor tras la intervención.

Lecciones aprendidas.

*Aún siendo difícil suprimir algún alimento en la dieta materna, la aplicación de las recomendaciones del Protocolo se muestra positiva. *Se ve preciso mantener la implementación y depurar el análisis de resultados.

C-216

BARRERAS Y FACILITADORES EN LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA; LIDIA MARTINEZ GAMERO; MACARENA CASADO MUÑIZ; MARIA DOLORES CRUZ RODRÍGUEZ; JERÓNIMO ESCRIBANO ALVES Y JOAQUÍN CORRALES GUTIÉRREZ. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Enfermería, Investigación Cualitativa, Comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se realizó con profesionales de enfermería (enfermeras, auxiliares, y supervisores de enfermería) del Servicio de Urgencias Generales y de Observación del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Descripción del problema/necesidades.

Esta iniciativa se plantea en base al incremento de desigualdades en salud de la población inmigrante que se atiende actualmente en Urgencias, descritas por la bibliografía. En consecuencia, surge con el objetivo de identificar los elementos que podían actuar como barreras y facilitadores para prestar cuidados de calidad adaptados a las necesidades de salud de la población inmigrante.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El trabajo se desarrolló mediante metodología cualitativa. Comenzó con la realización de un grupo focal que sirvió para diseñar el guión definitivo a utilizar en la fase posterior de entrevistas individuales. El equipo de investigación, compuesto por enfermeras del servicio, se encargó de realizarlas. Los resultados obtenidos se están difundiendo en la actualidad al grupo de investigación y responsables del servicio. Se pretende, utilizarlos como base para diseñar los contenidos de un taller de formación en competencia cultural, y para el diseño de estrategias que faciliten la comunicación con la población inmigrante. Además, quedarán reflejados en un boletín informativo, que será entregado a los profesionales que lo soliciten.

Resultados obtenidos.

Las entrevistas revelaron que entre los principales facilitadores se encontraba la disposición de los profesionales para mejorar la atención a la población inmigrante, y para humanizar sus cuidados, así como la existencia de teléfonos móviles habilitados para la traducción, y hojas de valoración inicial de enfermería traducidas. Como barreras, se destacó la limitación del idioma, el desconocimiento de algunos profesionales sobre los recursos de traducción existentes, y la necesidad de formación específica sobre la atención en entornos multiculturales. Estos resultados se utilizarán para la planificación de los contenidos de un taller en Competencia Cultural, que se dedicará a reforzar las áreas que se hayan mostrado más deficitarias.

Lecciones aprendidas.

Los profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias se encuentran motivados para formarse en estrategias para mejorar la atención a la población inmigrante. No obstante, requieren formación específica para ello. En este sentido, los talleres de formación en Competencia Cultural deben diseñarse en función de las necesidades de los profesionales, y ser capaces de transmitir la importancia de individualizar los cuidados.

C-217

ELABORACION DE BUENAS PRÁCTICAS EN INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

MARIA JESÚS ALBAR MARIN; MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA; ROCIO MORANO BÁEZ; GLORIA ELENA LOPERA URIBE; ANNA BOCCHINO Y ANA MARIA GARCÍA SANCHEZ.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Enfermería, Coaliciones En Atención De Salud

RESUMEN

Contexto de partida.
Esta línea de investigación se está desarrollando actualmente con profesionales de enfermería (enfermeras, auxiliares, supervisores de enfermería, y jefes de bloque) de las unidades de hospitalización del Hospital Universitario Virgen Macarena.
Descripción del problema/necesidades.
Esta línea de investigación sobre Buenas Prácticas (BP) en enfermería, responde a la necesidad de revisar los cuidados que se imparten en la actualidad. Surge producto de un programa de formación en investigación para el desarrollo de BP, en el que se detectaron las siguientes prioridades: Incorporar la evidencia científica a la práctica profesional, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, establecer cambios en las estructuras organizacionales, favorecer las relaciones de colaboración entre profesionales de distintos perfiles, y fomentar la participación de los usuarios. Ello repercutirá positivamente en la seguridad clínica de los pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
40 alumnos, por grupos, elaboraron propuestas de BP para mejorar la práctica asistencial de sus unidades. Se desarrollan siguiendo el proceso de la Investigación Acción Participativa, a través de: a) la revisión de la evidencia científica; b) el trabajo en coaliciones, que son grupos de trabajo que persiguen una meta común, y compuestos por una representación de todos los actores implicados; c) el análisis de barreras y facilitadores; y d) la detección de indicadores de efectividad de la BP.
Resultados obtenidos.
Las mejores propuestas, fueron presentadas a las principales convocatorias de financiación públicas. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha financiado los proyectos "Elaboración de una BP en el fomento de la lactancia materna", "Elaboración de una BP en la información perioperatoria", "Propuesta de un modelo de BP contextualizadas en la prevención del absentismo en profesionales de enfermería hospitalaria", y "Elaboración de una BP en colaboración interprofesional en unidades del Hospital Virgen Macarena". Por otra parte, el Fondo de Investigación Sanitaria ha subvencionado el proyecto "Elaboración de una BP en la comunicación con la población inmigrante".
Lecciones aprendidas.
El desarrollo de BP permite introducir mejoras en el ámbito organizacional y en la práctica profesional; así como establecer relaciones de reciprocidad y colaboración entre investigadores, profesionales de distintos perfiles y usuarios. Por otra parte, el trabajo en coaliciones está generando resultados positivos en la implementación de protocolos y guías de actuación, con el consenso de todos los implicados.

C-218

NUESTRO TALLER DE CUIDADORAS: UNA APUESTA POR EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO.

DELGADO ROMERO, A.; ARIAS VELARDE, L.; JIMÉNEZ GAGO, L.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J. Y MARTÍNEZ NIETO, J.M..
CENTRO DE SALUD RODRÍGUEZ ARIAS (SAN FERNANDO)

Palabras Clave: Cuidadoras, Autocuidados, Autoestima, Autoeficacia, Ansiedad, Relajación

RESUMEN

Contexto de partida.
Los talleres para personas cuidadoras de pacientes dependientes que describimos, realizados en 5 centros de salud del DAPS Bahía de Cádiz-La Janda del Servicio Andaluz de Salud, fueron realizados por Enfermeras Gestoras de Casos (EGC), Enfermeras de Familia y Fisioterapeutas. Para valorar la efectividad de los mismos ha sido diseñado y realizado un Ensayo Clínico Aleatorio en colaboración con la Universidad de Cádiz
Descripción del problema/necesidades.
En el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas cobra especial relevancia problema/ la prestación de Cuidados domiciliarios. Con la creación de la figura necesidades EGC y considerando a las cuidadoras receptoras de cuidados, se establecen estrategias encaminadas a facilitar el desempeño de su rol y potenciar su autocuidado. Esto motiva el diseño de talleres a cuidadoras con diagnóstico enfermero de ansiedad, cansancio en el rol cuidador, baja autoestima situacional y/o afrontamiento inefectivo
Desarrollo y soluciones aportadas.
Los talleres son coordinados por EGC. Objetivo general: aumentar el bienestar, calidad de vida y salud de las cuidadoras. Intermedios: Instaurar hábitos de autocuidados y hábitos que mejoren el manejo de emociones. Específicos: adquirir Conocimientos, Habilidades y modificar-potenciar actitudes. 4 sesiones iniciales y refuerzos mensuales durante 6 meses. Las intervenciones enfermeras comunes son: Escucha activa, Apoyo emocional y Asesoramiento. 1ª sesión. Claves: Autoestima y Ansiedad. Intervenciones: Relajación. Potenciación autoestima. Terapia juegos. Aumentar afrontamiento 2ª sesión. Claves: Culpa, Pensamiento Positivo y Afrontamiento de problemas. Intervenciones: Expresión sentimientos. Clarificación valores. Reestructuración cognitiva. Musicoterapia. Terapia ejercicios. Relajación 3ª sesión. Claves: Asertividad y Conductas. Intervenciones: Relajación. Biblioterapia. Entrenamiento asertividad. Modificación conducta. Potenciación roles. Terapia ejercicios 4ª sesión. Claves: Relajación, Solución de problemas y Ejercicio físico. Intervenciones: Relajación. Biblioterapia. Entrenamiento para controlar impulsos. Fomento del ejercicio
Resultados obtenidos.
Realización de 12 talleres y 36 sesiones recordatorias, con escaso índice de abandono de los mismos. Los efectos derivados del taller se han medido y evaluados en el contexto del ECA realizado
Lecciones aprendidas.
El análisis de las encuestas de satisfacción realizadas nos hacen pensar que los contenidos del taller son adecuados. Existe una demanda de que continúen en el tiempo. Los talleres centrados en la cuidadora son una herramienta potente de autoayuda en el afrontamiento individual y familiar de estas personas

C-219

PROYECTO PARA LA CREACIÓN DEL PROCESO DE INTELIGENCIA ORIENTADO A LA INNOVACIÓN.

VALVERDE CITORES, RM; LÓPEZ MARTÍNEZ, JM; RUIZ ALVAREZ, E; AGUIRRE ALBERDI, L; LANDALUCE LAUZURICA, JI Y JÁUREGUI CELAYA, F.
HOSPITAL DE ZUMARRAGA

Palabras Clave: Organización y Administración, Eficiencia organizacional, Inteligencia

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital de Zumárraga viene utilizando en los diez últimos años diferentes herramientas para mejorar la gestión y los servicios cuyos resultados además han tenido, además, diferentes reconocimientos externos incluso a nivel internacional. El proyecto que se va a explicar fue ideado y desarrollado por la dirección y la coordinadora de calidad aunque, como más adelante se observará, será necesaria la participación de diferentes grupos de interés para la consecución de objetivos.
Descripción del problema/necesidades.
Uno de los ámbitos poco explorados en las organizaciones es el de la problema/ gestión de la información, tanto interna como la del entorno, para necesidades anticiparse a las necesidades y expectativas de los clientes, que son la clave del éxito en las organizaciones sean estas de cualquier tipo o sector. Por lo tanto nuestro objetivo fue el de identificar un sistema que nos permitiera conocerlas y para ello pensamos en la inteligencia competitiva como el camino más adecuado.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Entendiendo que conocimiento más anticipación es igual a innovación, identificamos una serie de fases a la hora de definir el proyecto: 1 Cualificación del facilitador 2 Auditoría del sistema de inteligencia actual 3 Informe de autodiagnóstico 4 Reunión de contraste del comité de dirección 5 Diseño y Planificación del Proyecto la duración del proyecto en su conjunto tiene una duración de 6 meses hasta la implantación definitiva del proceso
Resultados obtenidos.
Se formó a una persona para que se convirtiera en facilitador y pudiera realizar tanto el autodiagnóstico como la auditoría. Con el apoyo de una consultora externa (Infocenter) se realizaron los informes de los mismos. La autoevaluación no identificó grandes gaps entre las valoraciones del responsable y del facilitador traduciéndose todo ello en la escasa información que se tiene sobre la influencia que el entorno hace sobre nuestros usuarios. El resultado de la auditoria permitió, entre otras: identificar que aspectos son críticos y por qué en relación a los clientes y proveedores; la identificación de un Cuadro de Mando del Entorno que dé una visión de la realidad presente y futura; aprovechar la información interna y transformarla en conocimiento de la organización; la necesidad de contar con el entorno (instituciones, empresas, clientes,...) para el desarrollo de nuevos servicios.
Lecciones aprendidas.
La idea de implantar un procesos de inteligencia en el hospital ha favorecido la realización de un análisis de oprotunidades de desarrollo competitivo en la Comarca teniendo como uno de sus principales motores de dinamización y empleo el propio hospital.

C-235

PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ARTROPLASTIAS DE CADERA Y RODILLA

RODRÍGUEZ PÉREZ, V; GARCÍA FRASQUET, M.A.; SILVA GALLARDO, L.; TENA GARCÍA, B.; TORO IBAÑEZ, D. Y ZAPATA GARCÍA, V..
H U VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Palabras Clave: artroplastia, cadera, rodilla, recuperación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Servicio de COT del AHVM de Sevilla, implicándose facultativos de COT, Anestesia y Rehabilitación del AHVM y personal de enfermería
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo fue mejorar la recuperación temprana de los pacientes problema/ intervenidos de prótesis de cadera (PTC) y rodilla (PTR) necesidades Aumentar el conocimiento de los pacientes del procedimiento a realizar y disminuir su tiempo de estancia postoperatoria con una mejora del grado de calidad percibida. Se analizaron las pautas de tratamiento y recuperación de los pacientes intervenidos en los años anteriores observando gran variación entre los mismos, así como una resistencia por parte de los pacientes al alta hospitalaria temprana Se tomó como indicador de evaluación la estancia media para los procesos de PTC y PTR
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se elaboró un protocolo de información del proceso a seguir, realizándose la información en sesiones en grupo con apoyo multimedia y con carácter interactivo entre pacientes y profesionales. Se estableció un cronograma con las acciones a realizar desde el ingreso hasta el alta hospitalaria en el 4º día postoperatorio, en condiciones de deambulación autónoma y funcionalidad articular aceptable, diseñándose un cuestionario de satisfacción para los pacientes. Se realizaron sesiones informativas y de formación para el personal de COT, presentación del proyecto a la Dirección y a representantes de los distintos servicios médicos relacionados, responsables de enfermería y Comisión Central de Calidad La implantación tuvo las siguientes fases:1º Presentación y difusión,2º Pilotaje,3º Valoración del pilotaje y ajuste,4º Puesta en marcha,5º Evaluación de resultados,6º Propuestas de mejora
Resultados obtenidos.
Los efectos directos han sido la disminución de la estancia media y aumento de la satisfacción de los pacientes. Se compararon los datos de estancia media obtenidos,con los previos del hospital y del SAS, disminuyendo un 34,34 %l a estancia de las PTR y un 14,69 % en las PTC El principal problema esta siendo la imposibilidad de conseguir recursos estructurales para realizar completamente el programa
Lecciones aprendidas.
El proyecto ha evidenciado que implicar a profesionales y pacientes tiene efectos directos en la mejora del rendimiento y aprovechamiento de los recursos disponibles. Es necesario mejorar la difusión de los programas entre todos los estamentos relacionados. Merece la pena esforzarse en conseguir que los pacientes participen activamente en los procesos de tratamiento a realizar y que este esfuerzo se encuentra claramente recompensado con los resultados obtenidos

C-236

EFECTIVIDAD DE UN “TALLER DE CUIDADORAS” EN CUIDADORAS PRINCIPALES DE PERSONAS DEPENDIENTES.

MARTÍNEZ NIETO, JM.; DELGADO ROMERO, A.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J.; ARIAS VELARDE, L. Y JIMÉNEZ GAGO, L..
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD - UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

Palabras Clave: Efectividad, Ensayo Clínico, Cuidadores, Educación, Enfermería.

RESUMEN

Contexto de partida.
Las actividades formativas que evaluamos han sido lideradas por Enfermeras Gestoras de Casos y realizadas en 5 centros de salud del DAPS “Bahía de Cádiz-La Janda” (Servicio Andaluz de Salud). El Ensayo Clínico realizado se ha diseñado y desarrollado en colaboración con la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz.
Descripción del problema/necesidades.
En Andalucía se están realizando “talleres de cuidadoras” para facilitar problema/ el desempeño del rol y el autocuidado de las cuidadoras de personas necesidades dependientes. Nos proponemos valorar la efectividad de los “talleres
de cuidadoras” y de los “refuerzos mensuales” sobre el bienestar de las cuidadoras principales de personas dependientes, para lo cual se diseña un estudio experimental puro (ECA).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Ensayo Clínico Aleatorio (paralelo modificado). Se estudian cuidadoras principales de personas dependientes en 5 Centros de Salud. Tres grupos: uno control (C) y dos experimentales (E1: asistencia a taller y E2: taller y recordatorios). Tamaño mínimo de muestra: 45 sujetos por grupo (n=135). Estudiados 155. Variables (entre otras):Índice de Esfuerzo del Cuidador, ansiedad (STAI-estado de Spielberger), autoestima (Rosenberg), autoeficacia (elaboración propia), estado de ánimo (Técnica CPE, cualitativa/cuantitativa) e indicadores de la Nursing Output Classification (NOC) de los objetivos 1402, 1305, 2508, 1205, 2600, y 2208. Mediciones antes y después del taller, 3 y 6 meses. Análisis estadístico “intergrupo” (muestras independientes) e “intragrupo” (muestras relacionadas).
Resultados obtenidos.
El índice de esfuerzo del cuidador, así como la autoestima mejoran en los grupos que asisten al taller de cuidadoras (E1 y E2), siendo que en el grupo que además asiste a los refuerzos (E2) ese efecto se mantiene en el tiempo e incluso aumenta de forma estadísticamente significativa. En los niveles de ansiedad, autoeficacia y estado de ánimo así como en los diferentes objetivos de la NOC se encuentran mejorías estadísticamente significativas en los grupos que asistieron al taller (E1 y E2), tendiendo a ser mayor y más sostenida en el tiempo en el grupo que además asiste a los refuerzos (E2).
Lecciones aprendidas.
Significativa efectividad de los talleres sobre los parámetros estudiados relacionados con el bienestar de las cuidadoras de personas dependientes. Los refuerzos mensuales se asocian con un mantenimiento en el tiempo e incluso aumento de los efectos de los talleres. Parece adecuado y justificado realizar los talleres y recuerdos estudiados dirigidos a aumentar la capacidad de autocuidado de las cuidadoras de personas dependientes.

C-237

EL CAMINO HACIA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA: GÚIA RÁPIDA PARA LA CIUDADANÍA.

TRENAS MUÑOZ, M.; GALLARDO ORTIZ, MD.; SANCHEZ ROJAS, M. Y GONZÁLEZ ESPEJO, A..
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Guiraes

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se está desarrollando en el servicio de admisión de consultas externas del Hospital Universitario Reina Sofía. En la actualidad se encuentran implicados cuatro profesionales.
Descripción del problema/necesidades.
Se analizaron a través de estudios de llamadas recibidas, los motivos de éstas, llegando a la conclusión de la falta de información y desorientación con la que el ciudadano se enfrenta a la hora de acceder a los servicios de atención especializada. Esto nos planteó la necesidad de elaborar una guía rápida que informara de la forma de proceder según las necesidades del ciudadano, bien cuando tenga que acudir por primera vez o en el caso de la solicitud de una revisión de su proceso asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se está trabajando en una gúia rápida de fácil comprensión, consistente en un tríptico con un esquema explicativo, en el que con un simple vistazo cualquier usuario/a pueda ver el proceso que le lleva a una consulta especializada. Dicho proyecto se está llevando a cabo por cuatro profesionales del servicio de admisión de consultas externas del hospital universitario reina sofía. Las guías estarán a disposición de los usuarios/as en todos losmostradores de atención a la ciudadanía de nuestro hospital y también se pedirá colaboración a los centros de atención primaria para su difusión.
Resultados obtenidos.
El grado de satisfacción percibida en el usuario que demanda la asistencia, medidas por el descenso de las reclamaciones recibidas por estos motivos en colaboración con el servicio de quejas y reclamaciones del hospital. Del mismo modo se establecerán encuestas de satisfacción de los usuarios que acuden a los mostradores de cita previa que nos permitan conocer si la información aportada es clara y suficiente.
Lecciones aprendidas.
Como experiencia de este proyecto se pretende minimizar la falta de información con la que se encuentra un usuario que desea acceder a atención especializada, subsanando los problemas de insatisfacción que causan la creación de falsas expectativas.

C-238

COLABORACIÓN CON ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL.

TRENAS MUÑOZ, M.; GONZÁLEZ ESPEJO, A.; SANCHEZ ROJAS, M. Y GALLARDO ORTIZ, MD..
Hospital Universitario Reina Sofía

Palabras Clave: coenfra

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se esta desarrollando en el servicio de admisión de consultas externas del Hospital Universitario Reina Sofía, interviniendo en él la totalidad del personal de dicho servicio dedicado a trabajo interno.

Descripción del problema/necesidades.

Se planteó la problemática con la que se encontraban las enfermeras de enlace al tener que gestionar la solicitud de citas de los pacientes frágiles en la continuidad de los cuidados y necesidades que se ocasionan después del alta. Siendo nuestro objetivo el trabajo coordinado entre atención especializada y el colectivo de enfermería.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Dentro del servicio de adminsión de consultas externas del Hospital Universitario Reina Sofía, se designó un nº de profesionales que están accesibles por teléfono para dar respuesta a la demanda gestionada por las enfermeras de enlace destinadas tanto en el área hospitalaria como en atención primaria. Se facilitaron estos números de teléfono de forma que desde cualquier lugar y sin tener que realizar desplazamientos a los mostradores de cita previa, las enfermeras de enlace se pongan en contacto con nosotros y se planifique la cita con un día y un horario que favorezca tanto al paciente como a sus cuidadores.

Resultados obtenidos.

Los efectos fueron inmediatos. La coordinación entre nuestro servicio y las enfermeras de enlace, proporcionó en el usuario un mayor grado de satisfacción, al facilitarles antes de su marcha al domicilio las citas necesarias para su continuidad asistencial. Así mismo, la percepción recibida por el ciudadano en el caso de modificaciones de citas desde su domicilio por no poder acudir a éstas al encontrarse imposibilitado garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares.

Lecciones aprendidas.

Los cuidados que proporcionan las enfermeras coordinados con la labor del servicio de admisión de consultas externas, al evitar los desplazamientos o envíos de documentación, influyen mucho en la calidad que perciben los usuarios de los servicios sanitarios. La colaboración con enfermería en la atención al paciente frágil aporta uno de los lados más humanos de la atención sanitaria.

C-239

EXPERIENCIAS EN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE LINFOMA Y MIELOMA

FRANCISCO JAVIER CAPOTE HUELVA; ANTONIA GARCÍA NIETO Y MANUEL PUERTO FERNANDEZ.
HOSPITAL PUERTA DEL MAR

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo ha sido realizado en el Servicio de Hematología del HU Puerta del Mar y la Fundación para la Gestión de la Investigación Biomédica de Cádiz por el grupo SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS (PAIDI CTS-490)

Descripción del problema/necesidades.

Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad, siendo la comunicación entre la población y el equipo asistencial determinante en la calidad de la asistencia. Estas son premisas recogidas en la Ley de autonomía del paciente, el PIOA, la Declaración de Barcelona y el Manifiesto del Foro Europeo de Pacientes. Hemos detectado que: a) la información sobre “medicinas alternativas y complementarias”, sexualidad y fertilidad es una necesidad no cubierta; b) hay burnout en el personal de enfermería, sobrecarga en los cuidadores y una elevada prevalencia de ansiedad y depresión en ambos, que pueden repercutir sobre la comunicación; c) hay pocos sitios Web con información, siendo deficientes en calidad y ética.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se aplicaron cuestionarios a pacientes, cuidadores y profesionales afectados de enfermedades oncohematológicas y usuarios de Internet de toda la geografía mundial. Se ha evaluado la calidad de los sitios Web para distintos estándares. Hemos desarrollado experiencias formativas en colaboración con asociaciones de pacientes o de profesionales y herramientas “on line” o en material impreso para mejorar la información y comunicación de los afectados.

Resultados obtenidos.

Nuestros estudios se han publicado (4) y comunicado en congresos nacionales (33) e internacionales (6). Hemos participado en 16 actividades formativas para pacientes y profesionales sobre aspectos psicológicos, sexualidad, comunicación, etc. En 2004 publicamos Linfomas. Información para pacientes y cuidadores, que es libro de cabecera de la Asociación Española de Afectados de Linfomas y en 2006 Accesos venosos permanentes, en nuestra línea de creación de HATD. En 2002 creamos www.linfomar.com y en 2007 www.linfomaymieloma.com, acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y premiada por la Academia de Medicina de Cádiz, que ya es accedida desde la 1ª página de Google y que retransmitió “on line” la I Jornada Informativa sobre enfermedades oncológicas, organizada por nosotros en 2009 como inicio del proyecto “YO TAMBIEN VOY” que permitirá la asistencia a eventos desde la lejanía.

Lecciones aprendidas.

La creación de herramientas de calidad para la comunicación, información y ayuda a la toma de decisiones supone una gran oportunidad para mejorar la atención sanitaria al ayudar a los pacientes a que sus decisiones sean más y mejor informadas.

C-255

ACTITUDES Y PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES ANTE LA REALIDAD DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLINICA DE URGENCIAS

ROMERO, A.; *RUIZ, C.; CASTRO, MJ.; RODRÍGUEZ, E. Y REQUEJO, S.
H.U. REINA SOFÍA

Palabras Clave: Grupo Focal, Satisfacción, Urgencias, Humanización

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio cualitativo se realizó en el Hospital Reina Sofía de Córdoba. En la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias (UGCU). Los grupos implicados fueron: Supervisora y Jefa de Bloque de la UGCU, dos profesionales del Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital y grupo multidisciplinar de UCGU
Descripción del problema/necesidades.
Se trata de obtener, de primera mano, la opinión de los propios usuarios, de forma que se puedan identificar aspectos organizativos, de atención o estructurales susceptibles de mejora en la atención. Se busca profundizar en sus necesidades, percepciones y expectativas lógicas, desde la propia experiencia del usuario que utiliza nuestro servicio. Debido a que la atención de urgencia requiere una intervención rápida, oportuna y eficaz, se dejan de percibir otras necesidades que experimenta el paciente, como, la incertidumbre, el miedo, la ansiedad y la incomodidad., por lo tanto, las consecuencias que tendrán en nuestros usuarios una vez identificadas las áreas de mejora incidirán en una atención más personalizada .Al estar en fase de implantación las causas y áreas de mejora se analizarán en un grupo multidisciplinar de profesionales de la UGCU
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se utilizó la técnica de grupo focal. Los componentes del grupo se seleccionaron de forma aleatoria de entre todos los pacientes que acudieron a UGCU en el mes de Febrero de 2009, sin ingreso. El número de participantes fue de 12 personas, se procuró que hubiera un equilibrio entre grupos de edad y genero. Se captó a los sujetos por teléfono. Aspectos que se abordaron; Accesibilidad, comunicación, personalización en la atención, Actitudes y aptitudes de los profesionales, seguridad y confortabilidad. Los Servicios implicados: UGCU y Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital, Las fases temporales del estudio: Establecimiento como objetivo para el año 2009 de la UGCU, Constitución Grupo focal, Emisión de informe por Servicio de Calidad y Documentación Clínica, Constitución del grupo multidisciplinar, análisis y priorización de las áreas de mejora, plan de comunicación, Implantación de las mejoras y Evaluación de estas en el 2010
Resultados obtenidos.
Los resultados concretos del estudio no es posible presentarlos hasta Septiembre, al estar en fase de desarrollo Expectativas del trabajo: Extraer información de la atención prestada por la UGCU, Establecer mejoras en la atención, Garantizar unas expectativas lógicas de los usuarios
Lecciones aprendidas.
Lecciones aprendidas del proyecto, al estar en fase desarrollo el proyecto no es posible exponerlas

C-256

APLICACIÓN DE REGISTRO DE OPINIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA SOBRE INFORMACIÓN Y PLAN TERAPEÚTICO EN UNIDAD SOCIOSANITARIA

IMMACULADA NAVARRO; ROSALIA SOLÉ; CARME CROS; EDURNE LÓPEZ; SILVIA CABISTANY Y GABRIEL DE FEBRER.
GDEFEBRER@GRUPSAGESSA.COM

Palabras Clave: Opinión, Aceptación, Formación, Conformidad, Plan Terapeútico

RESUMEN

Contexto de partida.
Es preciso que la persona afectada y su familia dispongan de la información adecuada para poder aceptar la enfermedad. Esto favorece la adaptación al proceso. Los profesionales implicados deben asegurar la transmisión de la información, pero al mismo tiempo es preciso disponer de mecanismos que recojan la opinión de paciente/familia respecto a las propuestas terapéuticas.
Descripción del problema/necesidades.
El equipo precisa implicar al paciente/familia en el proceso terapéutico y en la toma de decisiones. Se ha de proporcionar al paciente/familia de los medios para que puedan expresar su opinión respecto al plan terapéutico propuesto.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se crean dos registros dentro de la historia informatizada del paciente:A)INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD: En la Hoja de Filiación que se complementa durante el proceso de acogida: ·Si el paciente conoce la enfermedad: s/n ·Si la familia conoce la enfermedad: s/n ·Si el paciente quiere que se informe a la familia: s/n y a quien ·Grado de aceptación de la enfermedad: valorado de 0 a 5. (0 nada, 5 muy buena aceptación).B) EXPRESIÓN DE LA OPINIÓN: en la Hoja de Registro de contactos con las familias: .Aceptación del plan terapéutico propuesto por el equipo: s/n ·Grado de aceptación: valorado de 0 a 5.
Resultados obtenidos.
Se han revisado los registros de las historias de las personas ingresadas durante los últimos seis meses (293 pacientes, noviembre del 2008 a mayo del 2009): 1.Aceptación de la enfermedad de paciente/familia: 90´1%-si 2.Grado de aceptación: grado 0,1 y 2- 11'8, grado 3 y 4- 9'2%, grado 5- 79%.
3.Conocimiento de la enfermedad respecto al paciente: 81'2%-si, 5'5%-no, 7'8%-no valorable.
4.Respecto a la familia: 90'4%-si, 1'7%-no, 3'1% -no valorable.
5.¿Quiere que se le informe a la familia?: 73'4%-si, 17%-no.
6.¿A quién?: - Familiares de I grado: 89,8% - Familiares de II grado: 8'4%.
- Amigos: 1'9%
Lecciones aprendidas.
Preguntar opinión a los pacientes y sus familiares supone:
-Respetar sus deseos y opinión. La confidencialidad y la autonomía.
-Implicar al paciente/familia en la toma de decisiones: se incluye su opinión y por tanto se tiene que dar respuesta a la conformidad o disconformidad.
-Abrir la comunicación: hemos pasado de dar información a abrir un canal bidireccional de intercambio.
-Promover la responsabilidad: se da información y justificación de las propuestas. Paciente/familia tienen que aceptar las consecuencias de las decisiones tomadas.
-Humanizar el sistema sanitario.
-Responsabilizar al equipo para mejorar sistemas de trabajo que incluyan a los protagonistas de la acción.

C-257

LA FORMACIÓN COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN CIUDADANA

GARCÍA SÁNCHEZ, Mª DOLORES; CRESPO POLO, ROSA Mª Y RAMOS LEÓN, JOSÉ M..
MARIAD.GARCÍA.SSPA@JUNTADEANDALUCIA.ES

Palabras Clave: Actitudes, Habilidades, Satisfacción, Derechos, Implicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Antes de finales del 2007, cuando se crea la Subdirección de Atención Ciudadana, se pone de manifiesto la necesidad de mejora de la formación de los colectivos profesionales no sanitarios ligados a esta área de responsabilidad: admisiones, información, gestoría, prestaciones, etc

Descripción del problema/necesidades.
Se examinaron los programas formativos de la Unidad de Formación Continuada y no se encontró una estrategia definida, para actualizar conocimientos y habilidades de estos colectivos profesionales, puerta de entrada del sistema, fuera de algún programa puntual y en la mayoría de los casos contando con el interés y el esfuerzo de los profesionales, realizados en horario fuera de la jornada laboral.

Desarrollo y soluciones aportadas.
1.-Se comenzó el programa con unos talleres de 2 horas sobre Manual de Estilo y Habilidades de Comunicación, en horario de trabajo, mezclando a profesionales de distinto centros para enriquecer la visión y el debate. Se realizaron 16 talleres, en la primavera del 2008, con la participación de más de 300 profesionales que sirvió, a su vez, para presentar a la nueva Subdirección y los objetivos de la misma. 2.-Confluye esta iniciativa con el diseño de un programa de SS CC del SAS para todo los centros, sobre “Actualización de Atención Ciudadana”, en cuyo diseño ha participada la EASP, con la aportación de material audiovisual, muy bien valorado. El formato son cursos de 18h. Modular. Se realizaron 3 cursos en otoño, con una magnífica acogida. En este año ya se han realizado 6 cursos y en total han pasado nuevamente alrededor de 300 profesionales

Resultados obtenidos.
Alta motivación de los profesionales para asistir a la formación. Demanda y sugerencia de nuevas temas, tanto para abordar desde la formación, como en su puestos de trabajo factibles de asumir

Lecciones aprendidas.
*Se implicaron a los responsables y mandos intermedios, incluyéndoles en el panel de docentes, con lo cual no solo visibilizaron la necesidad de la medida, sino que se convirtieron en impulsores y facilitaron la asistencia de sus colaboradores a estos cursos. *Los profesionales en las encuestas que se les pasa, no solo lo han evaluado muy satisfactoriamente, sino que han solicitado seguir con un programa continuo formativo, haciendo sugerencia muy oportunas que hemos recogido y nos han animado a seguir con el proyecto. con un alto nivel, sino que han expresado.
3. Ha sido fundamental el esmerado cuidado en las comunicaciones e invitaciones que se han efectuado con cartas personalizadas, en coherencia con la importancia que se les trasmite de su papel en el proceso asistencial.

C-258

LACTANCIA MATERNA, POR QUÉ NO?

ALEJOS, A Mª* Y DOBLADO,O.
ZBS CAMBRILS

Palabras Clave: (LA) lactancia artificial, (LM)lactancia materna, (UBA) unidad básica asistencia

RESUMEN

Contexto de partida.
Zona Básica Salud Cambrils,4UBAS pediatría,67 % LM y el 33%LA. La enfermera pediatría(DUE)realiza charla a futuras madres en clases de preparación al parto(pp) sobre: beneficios LM,consulta pediatría,y grupo de autoayuda LM.Estudio realizado en 1UBA por DUE pediátria

Descripción del problema/necesidades.
Valorar motivo LA/abandono LM<3 meses,causas,factores comunes que pueden influenciar y compararlos con LM,si información DUE llega a futuras madres y si puede mejorar su intervención Estudio descriptivo retrospectivo población UBA recien nacida(RN)1/1/07 a 31/12/08. RN,N= 192/excluidos 68 Población estudiada n=124.Excluida:Población pediátrica EBA: que no realiza control Nensá;nace fuera y realiza 1º control edad RN>1mes;no inicia LM por enfermedad niño/madre

Desarrollo y soluciones aportadas.
Datos HC informatizada(OMI-AP),encuesta madres Variables: edad, país procedencia, estudios, estado y fecha incorporación laboral, nº hijos, semanas gestación, peso al nacer, tipo lactancia, inicio/duración LM,fecha 1ª visita, motivo no inicio/abandono LM, acudió clase pp, grupo autoayuda LM, informada beneficio LM, fecha 1ªvisita en UBA,ayuda en casa y que necesita para inicio o continuar LM>3 meses

Resultados obtenidos.
N=124 LA 51 (41%),de estos 23 (45%) no inicio LM y 28 (55%) inicio LM sin éxito. Porque LA 31% no quería LM,17% falta de información,17 % por independencia, 17% mala experiencia anterior, 9% parto gemelar,resto motivo laboral/ de tiempo. Inicio LM 28, inicio LA antes consulta pediatría 20(71%),de estos 10(50%)antes del alta.Fecha 1ª visita>7 días el 15,6%,7-15días 55% y resto15 días /1mes. Sin diferencias entre LA y LM. Abandono:Llanto RN 25%; Hipogalactia según madre 25%;Grietas11%;Enfermedad madre 7%;Poco aumento peso 4%,Otras causas 28%.Intervalo edad de la madre de 17 a 41 años sin diferencia LA y LM excepto en<21años 84% LA 70%LA estudios primario/secundario y 92% LM secundario/superior.67 % primíparas no diferencia LA y LM. Actividad laboral 55% LA no trabaja y el 73%LM si.LA 75% madre española ,LM 55% inmigrante. El 8% LA pretérminos y 5% de LM.Peso RN<2,500 kg 14% LA y 7%LM ,>4 Kg LA 4%y7%LM.No acude clase pp 60%del total. grupo autoayuda LM si 16%en ambos.96% saben LM mejor alimento RN. 82%LA y 53%LM tiene ayuda en casa.86%no iniciaría o continuaría LM aunque visita antes.Que necesita para iniciar /continuar LM35% nada,18% no sabe,15% información y esto otras

Lecciones aprendidas.
Creamos consulta puericultura sin cita previa para dar accesibilidad/apoyo.Actuación junto hospital referencia para evitar abandono LM antes alta.DUI más difusión beneficios LM,radio,publicación revista local

C-259

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES EN EL SISTEMA SANITARIO: UN DOCUMENTO PARA TODOS

FLURIACHE GARCÍA-CARO, P*; DULANTO BANDA, R.A.; MARÍN GUERRERO, A.C. Y GARCÍAMILLÁN, A..
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA

Palabras Clave: Derechos de los Pacientes, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El paciente, beneficiario de la atención sanitaria, cuenta con derechos y deberes (DD) que le son otorgados por diferentes normas. Con el objetivo de informar a los pacientes sobre sus DD e impulsados por las necesidades recogidas por profesionales del área, la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina (GAPTA) del Servicio de Salud de Castilla-la Mancha, a través de la Unidad de Comunicación, el asesor jurídico, la técnico de salud y una residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, se planteó crear un documento accesible y comprensible a los usuarios del sistema, la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes.
Descripción del problema/necesidades.
Para que los mensajes sean atendidos deben atraer la atención de la audiencia. Uno de los temas que cobra mayor relevancia dentro de la relación médico-paciente son los DD. A su vez las instituciones deben garantizar la autonomía y la información suficiente y adecuada al paciente sobre sus DD, con quien tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar sus derechos. Nuestros profesionales sanitarios perciben que los deberes de los pacientes rara vez se explicitan. Por otro lado el lenguaje de la legislación no es fácil de comprender.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se desarrolló durante el 3er trimestre del 2008. En la fase I se formó un grupo de trabajo que elaboró las primeras versiones de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, y en la segunda se pasó una encuesta de tipo Likert a profesionales de la Comisión de Calidad y a usuarios colaboradores para valorar el diseño, su comprensibilidad y utilidad. El contenido editado fue maquetado y distribuido a los 16 Centros de Salud del área, colgado en la web y difundido en la cartelería digital.
Resultados obtenidos.
10 usuarios del sistema sanitario y 12 profesionales valoraron la carta con una nota media global de 6,2 y 8,5 respectivamente (escala del 1 al 10, siendo el 1 el peor). La valoración de aspectos específicos como el contenido, el formato o la utilidad presentó la misma tendencia que se observó en la valoración global en cada grupo. Las sugerencias se referían en su mayoría a la forma. Respecto al contenido, sólo los profesionales incidían sobre hacer más énfasis en los deberes.
Lecciones aprendidas.
La colaboración entre profesionales y usuarios para la elaboración de una carta de DD es fundamental. Poder contar con un asesor jurídico y una especialista en comunicación es un valor añadido. Es necesario identificar las necesidades de información y asegurarnos de que el mensaje llegue adecuadamente.

C-275

TRATAMIENTO INTENSIVO COMUNITARIO DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL HVMA

GARCÍA MARTÍN, M*; MOLINA BRITO, L; SÁNCHEZ GONZÁLEZ, C; ALAMEDA PAJACIOS, J; LÓPEZ RAMÍREZ, E Y PRIETO GUERRERO, M.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Palabras Clave: Recuperación, Comunitario, Vinculación

RESUMEN

Contexto de partida.
Comunidad terapéutica de salud mental. Hospital Virgen Macarena y área.equipo multidisciplinar del dispositivo
Descripción del problema/necesidades.
En el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave se menciona la necesidad de crear programas que puedan realizar funciones de seguimiento y apoyo continuado a pacientes con “conductas disruptivas y en situación de aislamiento social, abandono y baja adherencia al tratamiento”,basado en el modelo funcional de tratamiento asertivo en la comunidad.El programa está dirigido a: Pacientes “difíciles” con los que no se logran formas de estabilización clínico-social, con recaídas, crisis y rehospitalizaciones frecuentes.Pacientes no motivados con abandono del tratamiento que se aíslan en su entorno domiciliario
Desarrollo y soluciones aportadas.
El objetivo prioritario es disminuir la ratio de ingresos y estancias soluciones aportadas hospitalarias a un grupo de pacientes en los que es posible mejorar su estabilidad domiciliaria, facilitando niveles de incorporación a actividades de vida cotidiANA en relación a sus capacidades.
Desarrollo de recursos con metodología de trabajo tipo ACT y gestión del caso. Enfoque de la línea de cuidados y rehabilitación de carácter práctico Enfoque de trabajo cercano al ámbito domiciliario residencial y familiar. Desarrollo de programas de día operativos, integrados, con soporte y acompañamiento gradual y flexible según necesidades individualizadas.
Programas integrados que impliquen el acceso a servicios comunitarios normalizados.
Desarrollo de fórmulas alternativas o complementarias a la hospitalización tradicional: hospitalización a domicilio, intervención en crisis Sistemas de apoyo en alojamiento, ocupación, formación profesional disponibles aspectos éstos nucleares para servicios de Salud mental eficaces.
Resultados obtenidos.
Medición de indicadores:vinculación al tratamiento, estabilidad domiciliaria y residencial, crisis, recaídas y rehospitalizaciones. Desarrollo de los niveles posibles de habilidades y recursos personales.
Se ha incluido al 20% de los pacientes del programa de día; ha disminuido la hospitalización en el 100% de los pacientes del programa aumentando la vinculación y adherencia al tratamiento.Han disminuido las recaídas y se ha producido una estabilidad en el domicilio
Lecciones aprendidas.
La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona.Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente.Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social.

C-276

LA ORGANIZACIÓN CAMBIA, CUANDO CAMBIAN LAS PERSONAS.

MALLO FERNÁNDEZ, J.Mª ; FERRÁNDIZ SANTOS, J; HERRERO AYUSO, F; MORA NAVARRO, G; MONTALVO GUTIÉRREZ, A Y MARTÍNEZ BRANDE, E.
GERENCIA ÁREA 11 DE ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras Clave: Reclamación, Organización, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Durante el año 2007 se produjo la incorporación de los profesionales que superaron el Proceso Extraordinario de Consolidación de Empleo del año 2001 y Oferta Pública de Empleo del año 2005 (23, 4 % de total). De forma paralela se produjo el incremento en las reclamaciones globales en el Área 11 Atención Primaria Madrid destacando el motivo sobre Desacuerdo con la Organización y Normas y los aspectos organizativos propios del centro como Submotivo.
Descripción del problema/necesidades.
¿Los profesionales que se incorporan a la Organización conocen cuáles problema/ son los procedimientos organizativos?.¿La Organización se asegura de necesidades su difusión y despliegue?.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo transversal 2007-2008 comparando motivo y submotivo sobre aspectos organizativos específicos de los centros de salud (CS) .-Disponibilidad documental del procedimiento de acogida en el CS ante la incorporación en contratos de larga duración. .-Revisión e identificación de los elementos de comunicación interna en el CS. .-Potenciar los canales de información y uso de los procedimientos (Intraweb, Guías)
.-Promover la formación continuada en las líneas estratégicas de la Institución.
Resultados obtenidos.
.- Comparación entre motivos: Desacuerdo Organización y Normas. (2007: 47,27%; 2008: 29,5 %, p<0,01) .-Comparación entre submotivo Aspectos organizativos propios del centro, (2007: 25,99%; 2008:17,16 %, p<0,01) .-Comparación entre las incorporaciones de plantilla. (2007:23,37 %; 2008: 3,87 %, p<0,01)
Lecciones aprendidas.
Los resultados obtenidos son estadísticamente significativos comparando los ítems establecidos. Se observa que el cambio de profesionales afecta a los procedimientos organizativos. La Organización debe asegurar el conocimiento y difusión de las principales directrices para garantizar las prestaciones asistenciales y no asistenciales ofertadas a la población.

C-277

DERECHO A LA INFORMACIÓN. ¿INFORMAMOS A NUESTROS PACIENTES ?

SANTIAGO GARCÍA, C; MORENO VALERO, MA; GARCÍA GARCÍA, J; SCHMIDT FERNANDEZ, G; GARCÍA GONZÁLEZ, AL Y GARCERAN GARCÍA, D.
HOSPITAL SANTA Mª DEL ROSELL

Palabras Clave: Satisfación,Encuesta,Información

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitario Santa Mª Del Rosell.Encuesta realizada por direccion general de calidad asistencial, analizada y diseño de medidas por equipo directivo del hospital
Descripción del problema/necesidades.
Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en su artículo 4 regula el Derecho a problema/ la información .Desconocimiento de la percepción del paciente necesidades respecto a la información que recibe en el hospital en el área médica
Desarrollo y soluciones aportadas.
.-Analisis de la percepción tras encuesta de calidad percibida Población: Pacientes adultos (mayor de 18 años) dados de alta en los Servicios Médicos en el Hospital en el año 2008. Ámbito-Hospital.Diseño: Observacional,Retrospectivo,transversal. Muestreo: aleatorio,estratificado. 200 encuestas. Instrumento de medida:-Cuestionario EMCA de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción Posthospitalización con 5 dimensiones.Dimensión información: 12 preguntas relativas a la percepción del paciente sobre la información recibida en el Hospital, desde su estancia en urgencias, hasta su salida al alta del hospital. Valorado respuesta positiva: 85% o mayor
Resultados obtenidos.
34% de tasa de respuesta. 57,4 % hombres frente al 42,6% mujeres. 58,8 % mayores de 65 años, 22,1% entre 45-64 años. Edad media 64,12 años. 71% no tiene/tiene estudios primarios. El 85,5% de pacientes tuvieron la oportunidad de consultar al médico dudas del informe de alta. El 93,5% piensan que antes de irse le explicaron con claridad el tratamiento y el 94% no recibieron información contradictoria. El 87,7 % de los pacientes opinan que sus acompañantes siempre o casi siempre tuvieron información suficiente de cómo les iban las cosas a ellos. Durante su estancia pudieron comentar con el medico sus preocupaciones (86,6%), y les explicaron como evolucionaba su salud (88,1 %) y el motivo de su ingreso (93,2%). Obtuvieron repuestas faciles de entender cuando formulaban preguntas al medico (93,8%) y al enfermero (83,1%). Sobre la información sobre el funcionamiento del Hospital, solo el 58,8 % de los encuestados responde afirmativamente. 78,8% recibió información en el area de urgencias sobre lo que les hacían y un 71,2% sus acompañantes
Lecciones aprendidas.
Las encuestas de satisfacción de clientes permiten identificar áreas de mejora e introducir medidas correctoras. Los pacientes de nuestro Área Hospital del area medica valoran bien la información que reciben en planta y al alta y no perciben recibir información contradictoria. Debe mejorar la información sobre las normas de funcionamiento del Hospital y en el área de urgencias.

C-278

"POR UN MILLÓN DE PASOS". PARTICIPACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD

MANUEL FLORES MUÑOZ; ESTHER GALA OCEJA; ALVARO NIETO REINOSO; MANUEL BAYONA GARCÍA ; LUIS G. LUQUE ROMERO Y AUXILIADORA MESAS RODRÍGUEZ.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA NORTE

Palabras Clave: Promoción Salud, Actividad Física, Participación Comunitaria

RESUMEN

Contexto de partida.

"Por un millón de pasos": Dirigido a asociaciones locales para que practicando "paseos en grupo" logren un millón de pasos en un mes. El proyecto estimula la práctica de actividad física en formato atractivo, sencillo, flexible e insertado en lo cotidiano; da protagonismo y liderazgo a asociaciones y Ayuntamientos para facilitar la permanencia de la actividad. Se dan número reducidos de podómetros para favorecer aprendizaje en gestión de recursos limitados y búsqueda de respuestas grupales para alcanzar objetivo. Liderado desde Distritos Sanitarios Sevilla Norte y Costa del Sol y desarrollado por los Centros de Salud

Descripción del problema/necesidades.

Inactividad física como determinante de riesgo para salud; análisis de problema/ factores que dificultan tal práctica y diseño de proyecto que ofrece necesidades respuestas concretas, buscando opciones fáciles, accesibles, de
desarrollo en el escenario local y mediante gestión de redes generar sinergias y compromisos entre las partes

Desarrollo y soluciones aportadas.

Alianzas con redes locales y municipios sobre reto asumible, evaluable en tiempo limitado, que aporta protagonismo a los actores, coherente con creencias y prácticas de destinatarios, noticiable y de coste reducido Acuerdo entre Distritos para valorar en los distintos contextos. Realizada en primer semestre 2009, previo pilotaje

Resultados obtenidos.

Acuerdo formal entre 2 Distritos; incorporado en Cartera Servicios y Contrato-Programa; 23 Unidades de Gestión Clínica implicadas, 17 Ayuntamientos, 42 asociaciones, 953 personas Se superan el millón de pasos en todas las localidades. El global supera los 30 millones Presencia en radio y prensa autonómica, medios locales, webs, más de 30 reseñas en google Los actores emiten noticias propias sobre la actividad que ejercen y gran parte continuarán la actividad de forma mantenida En fase de adhesión Distritos Axarquía, Area Sanitaria Motril, Red Acción Local Aracena y Baza Caminar interviene positivamente en factores físicos, caminar en grupo promueve la integración social y la salud mental

Lecciones aprendidas.

Promover salud no es necesariamente costoso. El protagonismo ciudadano da jerarquía a propuestas de salud La adhesión conseguida aporta líneas de acción más potentes de las inicialmente previstas Logrado el objetivo, los participantes piden su mantenimiento. Actualmente valoramos posibles "hermanamientos" entre municipios para difusión nacional e internacional La participación consolida iniciativas saludables. Lograr la práctica de actividad física de forma cotidiANA y animar a otros depende de contextos facilitadores

C-279

IMPACTO DE LA VACUNA FRENTE A ROTAVIRUS SOBRE LA MORBILIDAD POR DIARREA EN LACTANTES

PÉREZ SANTOS, MJ; ROMERO MENA, M; MÉRIDA DE LA TORRE, FJ; FLORIDO GÓMEZ, F; GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, MJ Y RUBIO QUEVEDO, C.
AREA SANITARIA SERRANÍA

Palabras Clave: Vacuna, Rotavirus, Gastroenteritis

RESUMEN

Contexto de partida.

Este estudio se hizo desde el Laboratorio de Microbiología (Hospital) y la Unidad de Vacunas.
El Área Sanitaria Serranía agrupa la atención a la Serranía de Ronda y parte de la de Cádiz con el Hospital. El laboratorio es Unidad de Gestión Clínica desde 2007. La atención pediátrica y vacunas dependen del Centro de Salud Ronda Sur.

Descripción del problema/necesidades.

Rotavirus causan el 15-35% diarrea comunitarias en lactantes y 2060% requieren hospitalización. La clínica oscila entre casos banales y cuadros graves de gastroenteritis con fiebre, deshidratación y shock.
La vacuna se plantea como la mejor estrategia para prevenir la gastroenteritis grave por Rotavirus. Se aplica voluntariamente en dos dosis a partir de los 2 meses Hay 2 alternativas: vacuna pentavalente humano-bovina (RotaTeq®) y monovalente humAna (Rotarix®). Ambas previenen en un 88-91% respectivamente la enfermedad grave y en un 63-73% la gastroenteritis de cualquier gravedad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Es un estudio descriptivo de casos-controles comparando datos anuales : a.La población lactante del núcleo (Ronda) como del área. b.El programa de vacunación y sus posibles efectos secundarios c.El diagnóstico de la infección por detección del antígeno viral en heces. d.La solicitud de atención hospitalaria por gastroenteritis.
El estudio se realizó entre 2006 (antes de implantar la vacuna) y hasta Mayo de 2009 (fín de la campaña) .

Resultados obtenidos.

Durante 2006 nacieron en Ronda 385 niños y en el área, 542. Se confirmaron 29 episodios y 157 demandaron atención hospitalaria.
En 2007 (año de comienzo de vacunación) la población fue de 390 en Ronda y 584 en el área. Se vacunaron 89 en Ronda (22.8%) y ninguno en el área; 1 vacunado se infectó y solicitaron asistencia hospitalaria 117.
A lo largo 2008 nacieron en Ronda 402 niños y 603 en el área. De ellos se vacunaron 167 (41.54%) en Ronda y 202 en el área (33.50%); desarrollaron infección 48 niños, 2 de ellos vacunados y acudieron al hospital 156.
En 2009, se han vacunado hasta la actualidad 52 niños. Solo se han confirmado 20 casos de infección y 64 demandas de ingreso.

Lecciones aprendidas.

- A medida que se implanta la vacuna, ha disminuído la incidencia de diarrea en lactantes, las solicitudes de detección de Rotavirus y la demanda de asistencia hospitalaria por este cuadro - Hasta la actualidad y en nuestra experiencia, ambas vacunas se
muestran seguras y eficaces

C-317

DIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN OMI-AP. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

Mª LUISA LOZANO DEL HOYO; Mª JOSE ARMALE CASADO; CONCHITA RISCO OTAOLAURRUCHI; CARMEN BESCOS PÉREZ; MIGUEL ROYO SERRANO Y ASUNCION ARTO SERRANO; JOAQUIN BUSQUET MARTINEZ.
MLLOZANO@SALUD.ARAGON.ES

Palabras Clave: Diabetes, Mellitus, Educación, Riesgo Cardiovascular, Registro

RESUMEN

Contexto de partida.

Centro de Salud Las Fuentes Norte, Zaragoza. Participaron 4 enfermeras y 3 médicos.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo de la educación diabetológica es mejorar conocimientos y habilidades para asumir el autocontrol de la enfermedad. Las siguientes recomendaciones tienen un nivel de evidencia A : -A las personas con diabetes se les debería ofrecer una educación estructurada al diagnóstico según sus necesidades. -Se fomentará la educación grupal en autocuidados. En nuestro centro se realizó un proyecto FIS para evaluar la eficacia de un programa de educación a grupos de diabéticos, con objetivos clínicos y asistenciales. Los resultados fueron significativamente positivos por lo que se demostró que la educación grupal como estrategia de promoción de la salud favorece cambios hacia un estilo de vida más saludable.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Niveles de evidencia A demuestran que el control glucémico y la corrección de factores de riesgo cardiovascular (CV) asociados a la diabetes se relacionan con una menor incidencia de eventos CV fatales. Nos planteamos mejorar los resultados obtenidos en la evaluación realizada en 2004 con la misma población. La medición se realizó en 2008 con OMI-AP, la población incluye mayores de 14 años con episodio de diabetes. Los resultados del 2008 (tabla 1) demuestran que la diferencia con 2004 no es significativa. Por ello se realizaron unas medidas de mejora: informar de los resultados al equipo, programar sesiones formativas, realizar folletos informativos, elaborar protocolo de educación sanitaria y deshabituación tabáquica.

Resultados obtenidos.

En las sesiones se informó de los resultados, los problemas de registro y sus causas. Propuestas: utilizar protocolos de planes personales, anotar en “exploración básica” la talla para calcular el IMC, introducir todos los análisis mediante “informe analítica”, recuperar los análisis de Intranet, cerrar orden de fondo de ojo realizado. Estudiados los resultados del 2008 y 2009 (tabla 1) no se observa mejora significativa.

Lecciones aprendidas.

Las conclusiones son: -No mejoramos con las pequeñas intervenciones -No se producen cambios en la forma de trabajar -Los objetivos y las normas técnicas mínimas se conocen –Pueden existir diabéticos diagnosticados no incluidos en el servicio: controlados en especializada y embarazadas. -Se tendrían que realizar intervenciones más intensivas, trabajando el riesgo CV en educación a grupos de diabéticos, explicando la enfermedad CV, el riesgo CV, categorías, consecuencias del mismo, objetivos de control y como disminuirlo.

C-318

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN E INDICADORES DE CALIDAD ¿EXISTE RELACIÓN?

DE LA PEÑA CHICO,P*; CARRASCOSO CAMACHO, A.; ORTIZ OTERO, M.; DURÁN SALIDO, L.; PASTOR CASADO, A. Y BOTIJA CASARELLO, M.. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Encuestas, Satisfacción, Indicadores, Relación

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado en el Área de Hostelería del Hospital Universitario de Fuenlabrada y han participado todos los profesionales dependientes de la misma (Jefe de Área, Gobernantes, Auxiliares Administrativos y Mozos de Logística).

Descripción del problema/necesidades.

El hecho de buscar relaciones entre ambos parámetros surgió como necesidad de seguir manteniendo el objetivo de Mejora Continua establecido en el Sistema de Gestión de Calidad del, según Norma UNEEN-ISO 9001:2000 (9001:2008).Los clientes del Área (pacientes, profesionales y usuarios) se beneficiaron con este estudio al ponerse de manifiesto la íntima relación entre ambos parámetros, a partir de los cuales se emprendieron las acciones de mejora correspondientes a luz de los datos obtenidos durante el seguimiento periódico.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La decisión de llevar a cabo esta comparación de resultados surgió el una de las reuniones de seguimiento del área, participando todos los componentes de la misma. Los estudios se han realizado de forma semestral, una vez se han obtenido los datos de las encuestas de satisfacción (semestrales) y los de los Indicadores de Calidad (trimestrales/semestrales/anuales) a partir del año 2005.

Resultados obtenidos.

Los efectos inmediatos del proyecto fue disponer de forma objetiva de datos que nos posibilitaran emprender acciones de mejora sobre temas concretos que, una vez puestos en marcha, han ido variando dichos datos y creando nuevas expectativas tanto para el personal delÁrea como para los clientes de la misma. Se ha logrado priorizar las áreas de mejora a partir de datos objetivos periódicos.

Lecciones aprendidas.

El hecho de decidir a partir de datos proporciona la evidencia necesaria para no errar en el área a actuar y no desperdiciar esfuerzos ni recursos. Es un sistema objetivo que proporciona la seguridad de no dar paso a la subjetividad de los actores del proyecto.El mensaje desde el Área de Hostelería es que la objetividad sólo se consigue a través de la transparencia de los datos.

C-319

CAMBIOS EN LA DEMANDA EN PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL DE ÁLAVA EN 17 AÑOS

MANJÓN ORTEGA, MARÍA DEL CARMEN; BRIONES DE MIGUEL, ANTÍA; SÁNCHEZ PAREDES, AMPARO; MONTEJO GUTIERREZ, MONSERRAT; SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL Y MEZO OCHOA, MARÍA.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SME DE ÁLAVA

Palabras Clave: Demanda, Niños, Inadecuación, Comportamiento, Escolares, Prevención.

RESUMEN

Contexto de partida.

Los objetivos del estudio han sido analizar los cambios observados en los últimos 17 años en la demanda de todas las primeras consultas en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Álava, excluyendo reinicios; conocer % y motivos de inadecuación; elaborar criterios preventivos y planificar correctamente los recursos asistenciales.

Descripción del problema/necesidades.

Existe la necesidad de conocer mejor de los problemas de los niños, ya que la opinión de las Sociedades Científicas es que la mayor parte de los graves problemas psiquiátricos se estructuran en la infancia ó adolescencia. En consecuencia, si conocemos la demanda podemos atender a quien lo necesita, y destinar recursos a los niños con enfermedad mental, y no a los trastornos funcionales de la vida diaria. Las causas se analizaron mediante un estudio observacional, transversal y retrospectivo, evaluando las 421 solicitudes (100% del total) en el año 2006, y las características individuales, familiares y sociales de los niños y adolescentes que consultan por primera vez, así como los motivos de consulta, modos de derivación y adecuación de la demanda, y comparándolos con el año 1989. Se analizaron variables dependientes e independientes (edad, género, lugar de nacimiento, motivo de consulta –comportamiento, escolares, inhibición-emotividad, sueño, desarrollo, esfínteres, somáticas, alimentación, tics, miedos, fobias, sexualidad, hiperactividad, otros, etc., antecedentes y adecuación. Análisis Estadístico: SPSS 15-0, Chi 2 y =0,05.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Hubo 3 fases: Recogida, Evaluación y Explotación, participó el 100% soluciones aportadas de la plantilla y el proyecto se difundió tras consenso en 6 reuniones, con charlas y formación individualizada.

Resultados obtenidos.

1: Sex-ratio chicos-chicas: 1,65 – 1,63 2: Hay diferencia significativa en comportamiento, inhibición-emotividad, escolares, masturbación, pronunciación en 1989, e hiperactividad y sexualidad en 2006; distinta frecuencia en desarrollo, alimentación, sueño, tics, y somáticos y variación frecuencia en esfínteres y miedos y fobias. 3: Tasa de Incidencia: Similar. 4: 46,6% de la demanda: 6-10 años.5: 11,16% entre 0-3 años.

Lecciones aprendidas.

La lección aprendida es que los problemas del comportamiento antes empezaban con 9 años y ahora con 3, los escolares con 9 y ahora con 6, y por acoso escolar e hiperactividad antes no se consultaba y ahora sí, lo que debe llevarnos a reflexionar como sociedad. El mensaje a los demás es que dediquemos nuestros recursos a la enfermedad mental y no a los problemas de la vida.. y a las preocupaciones de los padres.

C-320

¿SE ENTREGAN LAS HISTORIAS CLÍNICAS? ENCUESTA DESATISFACCIÓN DE PACIENTES EN LA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

VIGUERAS PAREDES, PABLO; ALCARAZ QUIÑONERO, MANUEL; ARANDA LORCA, JOSÉ JAVIER; BASTIDA CUTILLAS, JOSÉ LUIS Y VISEDO LÓPEZ, JOSE ANTONIO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO

Palabras Clave: Historia Clínica, Hospital, Derechos, Pacientes, Confidencialidad

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado por los miembros del Servicio de Asesoría Jurídica del Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” de Murcia, incluyendo en el Contrato de Gestión 2008 el ofrecimiento a los usuarios de una “ENCUESTA DE SATISFACCIÓN” que permitiera la medición del número de solicitudes de historias clínicas, la satisfacción y calidad percibida en la entrega y la finalidad de la petición de las mismas. El trabajo se hizo en coordinación con la Dirección Gerencia del Hospital.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretendía conocer el nivel de satisfacción del paciente respecto a las solicitudes de documentación clínica, plazo de preparación y entrega, y la finalidad de la petición. Igualmente se pretendía si se debía mejorar la calidad del servicio respecto a alguno de estos aspectos. Los pacientes valoraron muy positivamente la encuesta y el objetivo de la misma.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Muestra aleatoria de 300 solicitudes de documentación clínica soluciones aportadas formuladas exclusivamente por pacientes. La duración de la encuesta fue de tres meses, de Octubre de 2008 a Mayo de 2009. El cuestionario se entrega en el momento de la retirada de la documentación, para su cumplimentación voluntaria, anónima, y en un buzón específico. En la ejecución intervino todo el personal del servicio, presentando los resultados a la Dirección Gerencia del hospital y al Comité de Dirección. Fases: Diseño de la encuesta, propuesta a Dirección Gerencia, ejecución, análisis de resultados y difusión.

Resultados obtenidos.

La totalidad de los pacientes consideran que el trato recibido por el personal del Servicio de Asesoría Jurídica ha sido muy bueno (85%) o bueno (15%) y en un 97% se ha obtenido la documentación que se había solicitado. El tiempo medio que se tarda en dar respuesta a la solicitud de petición de documentación clínica ha sido, para un 77% de los solicitantes inferior al que esperaba y un 20% superior al que esperaba.

A pesar del aumento de peticiones, el tiempo de entrega ha ido disminuyendo considerablemente desde 2005, estando actualmente y para el año 2008 en un plazo medio de 10,51 días.

Lecciones aprendidas.

Los pacientes obtienen la documentación clínica solicitada prácticamente en su totalidad, respetándose por el Hospital el derecho establecido en la normativa vigente, y se encuentran satisfechos por la prestación del servicio. El plazo de entrega se encuentra dentro de lo esperado por el paciente y, notablemente inferior al previsto en la norma reguladora del derecho de acceso. Las principales causas de petición son el inicio de un proceso de incapacitación, segunda opinión y las reclamaciones.

C-321

CONOCIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN DE UN PROCESO A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

URRETXU REBOIRO, LOLI; ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN, AMAIA; SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL; DE MIGUEL AGUIRRE, EGUZKIÑE; MURUA NAVARRO, FLORA Y AUDICANA URIARTE, ANA.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SME DE ÁLAVA

Palabras Clave: Cumplimiento, Misión, Proceso, Encuesta, Valoración, Satisfacción

RESUMEN

Contexto de partida.
Los objetivos de la encuesta de satisfacción, realizada en el año 2008 en la Unidad de de Psicosis Refractaria del Hospital Psiquiátrico de Álava, en la que ha estado implicada el 100% de la plantilla, han sido primero valorar el grado de cumplimiento de la Misión del Proceso, y además de conocer la satisfacción en todos los aspectos que afectan a su atención integral.
Descripción del problema/necesidades.
En una Unidad certificada según la norma ISO 9001:2000, existía la necesidad de conocer, además de la satisfacción sobre la información, tiempo dedicado, trato, hdeod15(a)15(n)15(14 TD[(t)15(,)15(p)15(o)15( )-13(m)15(n)15(f)15()15( )-13(o)15(,))15(a)15(l)]TJVal9

C-323

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

MONTERO BALOSA, E * Y PARRALES CARNEIRO, M.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA NORTE

Palabras Clave: Interrupción Voluntaria Embarazo

RESUMEN

Contexto de partida.
El ámbito del estudio es el Distrito Sanitario Sevilla Norte, Distrito rural de Sevilla.
El estudio se realizó en la Dirección del Distrito donde se atiende a las mujeres, en el departamento de Sistema de Información.
Descripción del problema/necesidades.
Dado el aumento considerable observado de solicitudes de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE) en los últimos años, se analiza la población demandante al objeto de identificar posibles áreas de mejoras y factores desencadenantes. Se pretendía evaluar la población demandante de IVE, analizando la incidencia de la población inmigrante para el planteamiento de medidas de Salud Pública.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha utilizado como marco temporal los años 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008. La información se ha recogido mediante el protocolo de IVE de obligado cumplimiento por el facultativo y trámite posterior en Distrito. Los datos obtenidos se han informatizado en una base de datos diseñada al efecto. El análisis se ha efectuado en base a tres grupos de edad, <18, 18-29, >29, y a la nacionalidad de la mujer demandante.
Resultados obtenidos.
El número de IVE tramitadas a mujeres en el Distrito Sevilla Norte en estos seis años ha aumentado de forma progresiva un 85,9%. El crecimiento se ha producido a expensas de la población inmigrante, que ha pasado de un 13,82% a 26,55%. El grupo de mujeres españolas ha bajado de un 86,18% a 73,45%. La mayoría de mujeres inmigrantes son de origen rumano, oscilando entre el 63,48% y el 71,43% del total de IVE tramitadas a mujeres inmigrantes en los últimos 6 años. El grupo de edad de 18 a 29 años presenta una mayor incidencia de IVE, tanto en población rumAna como en española. La incidencia de IVE en mujeres con edad inferior a 18 años se mantiene estable en la población española y presenta una clara tendencia a la baja en la población rumana.
Lecciones aprendidas.
El aumento de solicitudes de IVE pone de manifiesto la mayor demanda de recursos sanitarios que los inmigrantes, y en concreto mujeres rumanas, están consumiendo. Este hecho se deriva de la mayor afluencia de inmigrantes a Andalucía, así como de la mayor accesibilidad, información y servicios sociosanitarios que el Servicio Andaluz de Salud pone a su disposición. Es necesario establecer estrategias de educación sanitaria y planificación familiar dirigidas a la población inmigrante al objeto de reducir la tendencia al alza de IVE registradas en los últimos 6 años. El diseño de folletos redactados en rumano con recomendaciones de métodos anticonceptivos podría ser una estrategia de intervención efectiva para reducir las IVEs.

C-324

ANÁLISIS MEDIANTE GRUPOS FOCALES DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA COMUNITARIO

LORENTE TEN, E.; GENS BARBERÁ, M.; VIDAL ESTEVE, E.; PALACIOS LLAMAZARES, L; HERNÁNDEZ VIDAL, N. Y MUIÑO BOVÉ, I.
ABS SALOU

Palabras Clave: Satisfacción, Ciudadano, Grupo Focal, Actividad Comunitaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó en un Centro Atención Primaria(CAP) urbano. Intervinieron 2 grupos focales de ciudadanos y 3 profesionales sanitarios.
Descripción del problema/necesidades.
Evaluar el programa comunitario “Anem a caminar” a los 6 meses de implantación. Las consecuencias fueron la continuación del programa. Análisis metodológico cualitativo mediante grupos focales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se convoca a los integrantes del programa. N= 45, se forman 2 grupos focales. Local: CAP. Guión: En reunión previa se consensuaron las siguientes preguntas: Beneficios percibidos a nivel físico, psíquico, inconvenientes y expectativas del programa. Intervinieron 3 profesionales sanitarios: conductor (médico), moderador y observador (2 enfermeras). Sistema de registro:vídeo grabación y anotaciones.La enfermera responsable del programa les convocó de forma aleatoria,se pidió permiso para video grabación y su análisis.Durante los 60 minutos que duró la reunión se estableció un diálogo entre los participantes a raíz de las preguntas formuladas.Análisis e interpretación de la información mediante la video grabación y anotaciones.Presentación resultados en sesión clínica
Resultados obtenidos Las opiniones expresadas fueron similares en ambos grupos.A nivel físico:expresaron tener más agilidad, aumento de la flexibilidad, más resistencia y mayor tolerancia al dolor crónico.A nivel psíquico:motivación para cumplir con la obligación que se habían autoimpuesto, mejora anímica, fomento de la amistad, sentido de pertenencia al grupo,cohesión a pesar de las diferentes edades de sus integrantes.Las expectativas habían superado con creces a las que tenían al inscribirse en el programa.Expresaron el deseo de que la actividad se siguiera realizando conducida por el profesional sanitario.Surgió la necesidad de adaptar el horario a cada época estacional.
Lecciones aprendidas.
-La actividad “Anem a caminar” aporta beneficios a nivel físico, pero sus participantes valoran más la influencia a nivel psíquico.La actividad ha favorecido las relaciones sociales,creando vínculos de amistad valorados muy positivamente por sus integrantes. La mejora en su estado anímico conlleva una mayor predisposición para mantener hábitos de vida saludables.Hemos ajustado el horario previsto a la época estacional y ampliado el tiempo de estiramientos al inicio y final de la actividad ya que los participantes han expresado el beneficio que ello les reporta. Después de dicha experiencia, creemos que la realización de grupos focales con los ciudadanos, es un buen instrumento para analizar de forma directa la satisfacción en relación a los servicios prestados.

C-325

SISTEMA DE RECLAMACIONES Y QUEJAS DE USUARIOS DEL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO EN SERVICIOS SOCIOGENERALES

GUERRERO SÁNCHEZ, A. Y MARTÍN PERLES, R..
SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

Palabras Clave: Reclamacion, Usuario, Transporte Sanitario

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se ha realizado en el servicio transporte sanitario programado que explota Servicios Sociosanitarios Generales en Ciudad Real. Para la ejecución del proyecto ha sido fundamental la implicación de los Técnicos de Transporte Sanitario, como trabajadores que están en contacto con el cliente, en la detección y gestión de quejas y reclamaciones.
Descripción del problema/necesidades.
Con este proyecto se ha querido abordar dos temas principales, por una parte conocer las situaciones que ocasionan la percepción de un servicio deficiente en el cliente y/o usuario, y por otra tener los datos objetivos que permitan ir diseñando e implantado acciones de mejora.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para desarrollo del proyecto se comenzó diseñando una aplicación informática en la que se recogieran todas la reclamaciones y quejas de los clientes. Una vez diseñada y probada su utilidad se formó a los responsables del servicio de Ciudad Real que a su vez comunicaron y formaron a los trabajadores, en la importancia de implantar el sistema correctamente como objetivo estratégico de la empresa; y en la sistemática a llevar a cabo desde la recepción de la queja o reclamación.
A partir de la recepción de la queja o reclamación la sistemática que se lleva a cabo es la siguiente: Alta en el software, comunicación al cliente y/o usuario de la apertutra del expediente, investigación del hecho, comunicar solución o explicación de lo ocurrido. Trimestalmente se analizan los datos recogidos y se proponen acciones de mejora.
Resultados obtenidos.
Con la implantación del proyecto se han conseguido: 1º Que se haya definido claramente la sistemática del proceso de gestión de reclamaciones y quejas. 2º. Concienciar a las diferentes categorías de trabajadores en la necesidad de cumplir con los requisitos del servicio. 3º. Poseer datos objetivos de las deficiencias del servicio para abordar su mejora. 4º. Incorporar las reclamaciones en el programa de mejora continua anual del servicio.
Lecciones aprendidas.
La importancia de tener un proceso claramente definido y bien comunicado, desde arriba hacia abajo, y como la posesión de datos objetivos y bien analizados permite realizar cambios que mejoran la prestación del servicio.

C-326

DETECCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

GUERRERO SÁNCHEZ, A. Y MARTÍN PERLES, R..
SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

Palabras Clave: Satisfacción, Usuarios, Transporte Sanitario

RESUMEN

Contexto de partida.
El modelo de evaluación de la satisfacción se ha aplicado de forma eficiente el transporte sanitario programado de Ciudad Real y en el transporte programado y urgente de Lleida.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto ha querido conocer la satisfacción de los usuarios del servicio y la satisfacción del cliente, que es el órgano de contratación del servicio. Los resultados que se buscaban era disponer de una información que permitiera mejorar de forma continua del servicio, además de ir adaptándolo a los requisitos de los clientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se ha realizado en las siguientes fases: 1º. Definir el universo: para el caso de los usuarios se han seleccionado por tipos de servicios que se le prestan, para conocer las necesidades y requisitos específicos que demanda cada tipología de usuario. Obtección de la muestra 2º. Realizar la encuesta: se realizala encuesta anualmente. 3º. Análisis de los resultados: contrastados los resultados se emite un informe con unas conclusiones de la satisfacción y una propuesta de mejora. 4º. Informar al cliente: se le envía al cliente (entidad de contratación) el informe y el plan de ejecución de las mejoras. 5º. Seguimiento y evaluación: vigilar la implantación de las mejoras y evaluar sus resultados.
Resultados obtenidos.
Se dispone de un plande mejora de la prestación del servicio elaborado en base a los elementos señalados por los usuarios en las encuestas realizadas. Dicho plan es conocido y seguido por el Órgano de Contratación.
Lecciones aprendidas.
La importancia de la interactuacción constante con los diferentes tipos de clientes de transporte sanitario como forma de incorporar las necesidades de los mismos a la prestación del servicio.

C-327

REALIDAD ASISTENCIAL Y MUERTE DIGNA

SEPÚLVEDA SÁNCHEZ, JUANA MARIA; ARANDA GALLARDO, MARTA; TIMONET ANDREU, EVA; ALCALÁ GUTIERREZ, PURIFICACIÓN; GARCÍA ORTEGA, TERESA Y CANCA SÁNCHEZ, MIGUELÁNGEL.
HOSPITAL COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Cuidados Paliativos, Muerte Digna.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se llevó a cabo en el Hospital Costa del Sol, área medicina interna por los responsables de enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
El incremento de pacientes en estados avanzados y terminales ha dado paso a que el Sistema de Salud ponga en marcha estrategias en cuidados paliativos a nivel hospitlario y domiciliario. La Ley de Autonomía del paciente o las Voluntades Anticipadas son prueba de ello. Uno de los problemas más importantes lo constituye la ética de las decisiones clínicas al final de la vida, cuando cuidar y aliviar se vuelve muy complejo. Pretendemos identificar las medidas paliativas aplicadas sobre los pacientes terminales que fallecieron en Medicina Interna del Hospital Costa del Sol.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo trasversal sobre las medidas llevadas a cabo en la soluciones aportadas atención a pacientes terminales fallecidos en Medicina Interna de Enero a Abril de 2009. Se realizó una revisión de las historias para identificar las medidas paliativas aplicadas. Variables de estudio: Diagnóstico médico, causa de fallecimiento, derivación a AECC, órdenes sobre RCP, graduación de intervenciones para limitar el esfuerzo terapéutico, información a la familia sobre pronóstico, voluntades anticipadas, medición del dolor y tratamiento y sedación paliativa. Colaboración tres enfermos de la unidad. Consentimiento del comité ético.
Planificación: Enero a Marzo: búsqueda bibliográfica, asesoramiento por unidad de investigación, objetivos, variables y presentación del proyecto Organización: Abril. Adquisición del material, permisos y contacto con profesionales Ejecución: Mayo. Identificación de sujetos de estudio y recopilación de datos Análisis estadístico: Junio Informe final y difusión: Julio
Resultados obtenidos.
No todos los pacientes tienen pauta analgesica reglada. No se reevalúa el dolor tras analgesia. Se prescribe analgesia y se deriva a la AECC en fases muy avanzadas. Falta de difusión de las voluntades anticipadas. No se prescribe sedación paliativa. Este proyecto permite conocer la práctica habitual en favor de un tratamiento y cuidados de calidad. Fue necesario: Elaborar un plan de cuidados del paciente Terminal, formar al personal sobre Voluntades Anticipadas, identificar en historia electrónica voluntades manifestadas, difundir la política del dolor y procedimiento de últimos oficios según religión y difundir anteproyecto de ley de muerte digna.
Lecciones aprendidas.
Existe poca concienciación sobre la calidad en la muerte y se hace poco partícipe al paciente y familiares en el proceso. En próximos estudios incorporaría la satisfacción percibida de enfermo y familiares

C-328

DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA GENERAL DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

CONCHA DE LA RUBIA MONTERO; RUIZ ROMERO, J. A.; GONZÁLEZ FLORIDO, M. I.; GONZÁLEZ GOMEZ, A.; DEL RIO URENDA, S. Y RUIZ HERRERO, O..
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Participación Ciudadana

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital Virgen de la Victoria, desde el departamento de Atención Ciudadana. Los profesionales implicados parten de Enfermería, Calidad, Información y Atención Ciudadana
Descripción del problema/necesidades.
Este proyecto trata de identificar áreas y contenidos relevantes de problema/ participación a través de nuevos cauces, que mejor pudieran contribuir necesidades a un nuevo desarrollo efectivo de este reconocimiento, así como
formular una propuesta de normativa que contribuya, de forma complementaria a otras normas, a impulsar dichos cauces. Considerando como algo imprescindible para garantizar este derecho, el vincular estrategias de información con estrategias de participación. Entendiendo que si el ciudadano carece de información accesible, veraz y homogénea no podrá ejercer de manera eficaz su derecho a participar, tanto individual, como colectivamente. Se analizó y cuantificó con las encuestas de satisfacción del usuario (Conserjería de Salud)
Desarrollo y soluciones aportadas.
Identificación de asociaciones y voluntarios que trabajan en el hospital Aumentar la información entre profesionales y ciudadanos Agilizar trámites administrativos a grandes dependientes y cuidadores Aumentar la intimidad y seguridad de los ciudadanos en el hospital Acciones de solidaridad. Desde el departamento de Atención Ciudadana, se planteó la necesidad de crear un Plan de Participación Ciudadana, reuniéndose el Director de Evaluación e Información y las Responsables de Información-Reclamaciones y la de Atención Ciudadana. Creado el Plan se colgó en la hoja web del Hospital (wiki). Las fases que tuvo el proyecto fueron: A-Análisis de los cauces por donde los ciudadanos se expresaran (1º trimestre/08) B-Mejorar dichos cauces, con nuevos circuitos y estrategias (2º trimestre/08)
C-Participación en todas las comisiones, para hacer llegar la voz del ciudadano (3º y 4º trimestre/08) D-Difusión del Plan a todos los profesionales y ciudadanos (hoja web)(1º trimestre/09) E-Evaluación en las fechas señaladas (2º y 3º trimestre/09)
Resultados obtenidos.
Mayor satisfacción del ciudadano, se midieron por los resultados de las encuestas de satisfacción, por las reclamaciones, sugerencias y asociaciones.
Lecciones aprendidas.
A veces las propuestas que se hace una Institución para mejorar sus servicios, no son las demandadas por el ciudadano, hay que escucharlos y hacer que su participación sea cada vez mayor en la organización. Transmitiendo lo que hacemos, utilizaran nuestros servicios de la mejor manera.

C-329

LOS HILOS DE ARIADNA

MARÍA TERESA ORTEGA MAJÁN; MARÍA ASUNCIÓN CISNEROS IZQUIERDO; LUCIA HENAR ESTERAS Y MARÍA REYES TELLO MARTÍN.
DIRECCIÓN GERENCIA SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

Palabras Clave: Formación, Violencia de género, Interdisciplinariedad, Cooperación

RESUMEN

Contexto de partida.
En cinco comarcas de Aragón, en los centros de salud. Multidisciplinar: sanitarios, servicios sociales de base, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, juzgados y educación.

Descripción del problema/necesidades.
La tasa de casos de VG en la macroencuesta del instituto aragonés de la mujer (IAM) revelaba que el 8,2% de las mujeres aragonesas eran consideras maltratadas, sin embargo, la existencia de esta problemática en los servicios sanitarios era desconocida y por lo tanto no se sospechaba, detectaba ni se atendía de forma integral.

Desarrollo y soluciones aportadas.
- Se ha desarrollado un Plan de formación dentro del Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Las actividades de formación en VG se ha gestionado por el servicio aragones de salud (SALUD) y el IAM, adecuando la disponibilidad de recursos humanos y estructurales para la atención a mujeres víctimas de VG, mediante la realización de programas comarcales que pondrán a disposición de las mujeres los recursos existentes.
- Participaron los servicios sanitarios, sociales de base, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, juzgados y educación.
- Fases temporales: tres, la primera de formación general para todos los colectivos implicados, la segunda de formación específica para todos los trabajadores de los centros de salud y una tercera de constitución y puesta en funcionamiento de las mesas políticas y técnicas de elaboración del protocolo local.

Resultados obtenidos.
- Todos los profesionales sanitarios de los centros de salud donde se ha desarrollado están sensibilizados y formados.
- Se van a evaluar los casos de VG detectados y tratados antes y después de la realización de este programa mediante la explotación del programa informático de atención primaria de Aragón (OMI-AP).
- Ha habido colectivos (juzgados) cuya formación en VG no ha sido desarrollada.
- Se han realizado cursos en cinco comarcas de Aragón: Daroca, Caspe, Andorra, Tarazona y Alcañiz. El equipo de docentes ha estado formado por profesionales de reconocido prestigio y experiencia en VG. El número de horas de formación por curso ha sido de 20.

Lecciones aprendidas.
-Se ha conseguido la colaboración y coordinación en la actuación de las Administraciones implicadas en la Prevención y Atención a las Mujeres. -Las dos fases de formación integrarlas en una sóla para que los agentes participantes conozcan y actúen de forma más eficiente. -Para ofrecer una atención integral a las mujeres víctimas de VG se debe pasar de la coordinación a la cooperación.

C-330

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD MANIFESTADO POR INTERÉS EN EL APRENDIZAJE.

ARQUELLADA MARTÍNEZ, M; BOMBÍN BENITO, R; BRU TORREBLANCA, A Y CRUZADO ÁLVAREZ, C.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Palabras Clave: Educación del paciente, prevención secundaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se realizó en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, dentro de la UGC del Corazón, por el personal de enfermería. En nuestra unidad antes del alta los pacientes reciben un tríptico con información sobre el uso de los nitritos ante la aparición de angina, cómo y cuándo activar los sistemas de emergencia sanitaria y control de los factores de riesgo cardiovascular.

Descripción del problema/necesidades.
La adscripción al régimen terapéutico es fundamental en los pacientes coronarios; posibilita el control de síntomas, previene nuevos eventos y evita la progresión de la enfermedad. Son muchos los pacientes que al ingreso presentan un manejo inefectivo del régimen terapéutico o un déficit de conocimientos por lo que nos planteamos poner en marcha un programa de sesiones educativas, impartidas por enfermeras a pacientes cardiópatas durante su ingreso.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Las sesiones educativas las realiza las enfermeras de la UGC Material utilizado: §Presentación en Power-point §Tríptico con recomendaciones escritas. §Registro de sesiones realizadas. Procedimiento: Se imparte sesión formativa de 20 minutos de duración en la sala de familiares de la unidad de hospitalización, los viernes por la mañana. Pueden acudir pacientes y familiares. Se informa sobre el conocimiento de la enfermedad cardiaca: descripción de los síntomas de inicio y de empeoramiento de la enfermedad, beneficios de control de la enfermedad, maneras de controlar factores de riesgo, estrategias para seguir la dieta, pautas para la actividad sexual después de un suceso cardiovascular

Resultados obtenidos.
Desde el 13 de marzo hasta el 22 de mayo de 2009, se han realizado 8 sesiones educativas. Han asistido 46 pacientes y 25 familiares: el 65,2 % de los pacientes eran hombres, la mediAna respecto a la edad fue de 65 años(33-83). Los temas que suscitaron más preguntas fueron la dieta y el conocimiento de su patología. Los pacientes más jóvenes muestran más interés por la sexualidad. Nos hemos planteado la necesidad de medir el alcance de nuestra intervención a través del NOC: conocimiento de la enfermedad cardiaca.

Lecciones aprendidas.
Las enfermeras debemos fomentar las intervenciones relacionadas con el área del conocimiento para mejorar la adscripción al régimen terapéutico. Existen indicadores NOC, que permiten evaluar nuestro trabajo.

C-331

INFORMACIÓN A PACIENTES EN UNA UNIDAD DE ONCOHEMATOLOGÍA

PABLO FERNÁNDEZ PLAZA; GEMA ROMERO GARCÍA Y MARÍA JOSÉ MOLERO PARDO .
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Palabras Clave: Información, pacientes, oncohematología

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se desarrolló en la UGC de Oncohematología del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, concretamente en la unidad de hospitalización 3b1 y en el hospital de día. Intervinieron enfermeros y auxiliares de ambas unidades.

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto pretendía˙protocolizar, unificar y aumentar la información problema/ que se suministra a los usuarios de nuestra Unidad, dado que se había necesidades detectadas por comentarios de usuarios y repercusión en los cuidados específicos cierta descoordinación en dicha información.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizaron varias reuniones con los profesionales de enfermería de la Unidad en las que se planteó la necesidad de elaborar guías escritas sobre cuidados específicos de la Unidad así como un plan de acogida para los enfermos y familiares de la Unidad. Se desarrollaron dos grupos de trabajo, uno en hospital de día y otro en la Unidad de hospitalización, y sobre una base de otras guías existentes se elaboraron nuevos documentos tras revisar diversa bibliografía actualizada. Posteriormente se pasó a la Unidad de calidad y procesos de enfermería, la cual colaboró en su diseño definitivo. Finalmente pasó el visto bueno de la comisión técnica de educación para la salud del Hospital antes de ser enviada a imprenta.

Resultados obtenidos.

Se elaboraron los siguientes documentos: -Guías de acogida para los usuarios de unidad de hospitalización y hospital de día. -Guías de cuidados para portadores de catéteres venosos centrales tunelizados. -Guía de recomendaciones sobre efectos adversos comunes en quimioterapia.

Lecciones aprendidas.

-La participación de los profesionales mejora su implicación e implantación. -La protocolización de la información mejora la adquisición de conocimientos por los usuarios, disminuye las interpretaciones erróneas y fomenta el uso de un lenguaje común. -El esfuerzo inicial merece la pena por el ahorro de tiempo que supone para enfermería en cuanto a disminución de la extensión de las explicaciones verbales. -La adherencia a las recomendaciones, el seguimiento de los circuitos, normativas, horarios,... y el desarrollo de los autocuidados, se facilita con estas guías de información para pacientes y familiares.

C-332

CAPTACIÓN ACTICA. POLITICAS DE INTERVENCIÓN, RESPONSABILIDAD Y TOMA DE DECISIONES.

PASCUAL CODESO J; JIMENEZ BEATO, P; MAQUEDA MADRONA, P; MARTINEZ GAMELLA, A; SANCHEZ LOPEZ MELLADO, MD Y ESCOLAR PUJOLAR, A.
CENTRO DE SALUD. SAN BENITO. JEREZ COSTA NOROESTE

Palabras Clave: CAOD, CAOM, Caries, Obturacion ZTS.

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde el 2005 , el Distrito de Atención Primaria Jerez Costa Noroeste, esta trabajando sobre los colectivos mas desfavorecidos, en “desigualdades en salud” y concretamente en Salud Buco Dental. En las Historias Clinicas efectuadas a estos colectivos se demuestra una alta prevalencia de enfermedad dental no correspondiendo a zonas con gran dispersion geografica. Mediante politicas de captación activa, objetivamos como estos escolares de alto riesgo acuden a los centros de Salud y son tratados de sus lesiones.

Descripción del problema/necesidades.

Basamos nuestros esfuezos en los colegios ubicados en estas Zona de Transformacion Social. (ZTS), donde los estudios anteriores demostraron una alta prevalencia de caries, 3,9 de Indice CAOD (caries, mas ausencias, mas obturaciones en denticion permanente, dividido por el numero de individuos) y un Indice CAOM (caries, mas ausentes, mas obturaciones en primeros molares definitivos, dividido por en numero de individuos estudiados) de 2,8, frente al 1,2 y 0.6 de la ultima encuesta epidemiologica Andaluza 2006.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Nuestro proyecto lo realizamos en diferentes zonas y en diferentes niveles: colegio y Centro de Salud, participando no solamente odontologos, sino medicos de familia, personal de enfermeria, auxiliar y trabajador social. Se realizaron reuniones informativas con los profesionales implicados y se difundio a traves de reuniones cientificas y congresos, donde protocolizamos el trabajo. Nuestro trabajo consta de 3 fases: Informacion: cartas informativas a padres/madres, educadores y sanitarios. Actuacion: visitas al colegio. Charlas a familiares, educadores, AMPAS y alumnos. Evaluacion: Recogidas de datos y analisis del problema.

Resultados obtenidos.

La captacion en los años anteriores fue del 7,8. El evaluador fue un profesional acreditado por la OMS, para el diagnostico de caries. Una vez instaurado politicas de intervencion activa, la captacion fue de un 48,2. La necesidad terapeutica (prevalencia) fue del 89 % con un CAOD de 3,9 y CAOM de 2,8. Del estudio establecido, no solamente constatamos las caries, sino multiples patologias banales que fueron resueltas facilmente.

Lecciones aprendidas.

Hemos demostrados que con estrategias de intervencion y captacion activa, las personas reaccionan y acuden a los programas. La informacion y trabajo en equipo es fundamental para la atencion. La toma de decisiones y la responsabilidad debe ser compartida por todos los profesinales sanitarios, gestores y sociedad. La comunidad es en ultima palabra el garante de los buenos resultados.

C-333

¿HEMOS DE REALIZAR ENCUESTAS INTERNAS? COMPARABILIDAD DE LAS ENCUESTAS INTERNAS RESPECTO A LAS INSTITUCIONALES EXTERNAS

ALOY-DUCH, A*; FUSTÉ-BALLÚS, C; SABATER-RAGA, R; MARTÍN-SANCHEZ, E; GARCÍA-MATEO, M Y LLEDÓ-RODRÍGUEZ, R.
HOSPITAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: encuestas, satisfacción, internas, externas, comparabilidad

RESUMEN

Contexto de partida.

Las encuestas de satisfacción son útiles para conocer el resultado final del equilibrio entre expectativas y asistencia real. Existe actualmente en algunas comunidades un gran debate sobre la idoneidad de quién debe realizar encuestas a usuarios y, en este sentido, muchos hospitales aún realizan sus propias encuestas anuales

Descripción del problema/necesidades.

Presentar un estudio observacional 2005-2008 para comparar los resultados de las encuestas de satisfacción internas, respecto a las institucionales externas validadas, planteando una propuesta de estrategia sobre el futuro de las mismas

Desarrollo y soluciones aportadas.

La actividad anual en el 2008 fue de 21.713 altas hospitalarias, y su índice de reclamaciones por 1000 altas hospitalizadas 52,18. Nuestro centro ejecutaba desde el año 1999 una política de encuestas internas y, paralelamente, el departamento de salud comunitario realizaba las mismas trianualmente y por vía telefónica. Se realizó un estudio observacional comparando los resultados internos con los externas valorando: 1º., el índice de satisfacción global (ISG); 2º la metodología con la escala de Likhert; 3º., similitud y sentido de las preguntas; 4º., las acciones de mejora realizadas anuales por el número de oportunidades detectadas; 5º., la variación del ISG anuales; 6º., el medio de la encuesta; 7º., el intervalo temporal de la encuesta (tardío o inmediato); 8º., la transmisión objetiva al usuario del carácter anónimo); y, 9º., el coste económico

Resultados obtenidos.

Los indicadores mostraron los siguientes resultados comparados de las internas y externas, respectivamente,: 1º., 7,5/10 y 7,4/10; 2º., 55% y 100%; 3º., 77% y 100%; 4º., 0% y 60%; 5º.,– 0,6 y – 0,2; 6º., 100% telefónicas y 100% por correo postal; 7º., tardías 89% 100%; 8º., 100% y 0%; y, 9º., 10.000 euros anuales y 0 euros respecto al centro. A partir del año 2009 la institución decidió: 1º., parar la realización de las encuestas internas; 2º., proponer cada 2 años encuestas específicas o "focus-group" por áreas concretas; y, 3º., éstas últimas deberían contener preguntas idénticas a las externas, realizarse de forma presencial y transmitir su carácter

Lecciones aprendidas.

Las encuestas externas institucionales están validadas, dan unos resultados comparables, son gratuitas para el centro y permiten disponer de una mayor tiempo para implantar las acciones de mejora. Probablemente, las encuestas internas y los "focus-group" deberían valorarse para áreas concretas y solicitar, a nuestras instituciones sanitarias externas, la realización y validación de nuevos procedimientos de encuestas para áreas con menos asistencia

C-334

¿CUANTAS RECLAMACIONES SE RESUELVEN REALMENTE?: ANÁLISIS COMPARATIVO A PARTIR DE LA IMPLANTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA

ALOY-DUCH, A*; FUSTÉ-BALLÚS, C; MARTÍN-SÁNCHEZ, E; GARCÍA-MATEO, M; ESPADA-GARCÍA, A Y LLEDÓ-RODRÍGUEZ, R.
HOSPITAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: reclamaciones, resolución, comparación, mejoras

RESUMEN

Contexto de partida.

Para cualquier organización, es necesario realizar una evaluación exhaustiva de las reclamaciones (RCLM) recibidas del usuario, y conocer qué porcentaje de las mismas solucionamos como indicador de resolución. La Unidad de Atención al Usuario (UAU), que realiza la gestión de las RCLM y analiza este indicador, es un proceso de soporte clave dentro del mapa de procesos del centro

Descripción del problema/necesidades.

Presentar los datos de un análisis comparativo de 2 estudios observacionales en los años 2006 y 2008, respectivamente, sobre RCLM asistenciales que han podido ser resueltas en menos de 20 días, y describir la implantación del conjunto de acciones de mejora realizadas entre ambos estudios

Desarrollo y soluciones aportadas.

El hospital dispone de 365 camas. El índice de reclamaciones por 1000 altas hospitalizadas fue en el 2008 de 52,18. Se definió el indicador de resolución de las RCLM asistenciales "cuando la organización aplicaba una actividad correctora de mejora, activa, excepcional y rápida sobre aquellas RCLM en un tiempo inferior a 20 días". Se realizaron 2 estudios comparativos sobre las RCLM escritas (2006 y 2008), respectivamente, antes y después de la aplicación de acciones de mejora (definidas en los resultados); se escogió, proporcional y randomizadamente en cada área, una muestra significativa de RCLM para obtener los indicadores de resolución de las mismas.

Resultados obtenidos.

A partir de los resultados del año 2006, se desarrollaron las siguientes acciones de mejora: 1º., rediseño del circuito de respuesta al usuario para disminuir el tiempo de respuesta; 2º., asegurar, para las RCLM de asistencia y trato, una discusión personalizada del mando con el profesional reclamado; 3º., para las de demora, sustracción o extravío, acelerar el retraso de algunas actividades asistenciales, asegurar el aporte de sus documentos, o pagar la factura de la sustracción. Con estas medidas se ha incrementado el indicador de resolución de las RCLM del 38% (2006) al 56% (2008). Concretamente actuando, con un 80% de resolución, en las RCLM de asistencia y trato, con un 47% en las demoras y un 44% en las de sustracción o extravío

Lecciones aprendidas.

A pesar de la resolución de más de la mitad de las RCLM totales, en un futuro inmediato debemos mejorar el problema de las sustracciones y extravíos, procurar la aplicación de medidas enérgicas a las actuaciones asistenciales y de trato, y disminuir la demora asistencial existente. La implantación (2009) de un nuevo plan de sistemas de información y la apertura del edificio de atención ambulatoria, pretende resolver parte de los problemas descritos

C-335

ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE VACUNAS

OBDULIA CRUZADO BRAVO; BELÉN GARCÍA GARCÍA; Mª DEL CARMEN SAUCEDO FIGUEREDO; MARÍA VALLEJO DÍAZ; MARIA TERESA ANTÓN CANTERA Y MARIA TERESA ANTÓN CANTERA.
CENTRO DE SALUD LOS BOLICHES (FUENGIROLA)

Palabras Clave: Estrategia Mejora, Programa Vacunas.

RESUMEN

Contexto de partida.
En nuestra práctica clínica como enfermeras venimos observando variabilidad en la actuación de cada profesional en cuanto a: Registros, pautas correctoras, actuaciones, seguimiento, y consejos. Tenemos que sumar también la peculiaridad de nuestro centro de salud, con un 30% de población flotante, además de extranjera e itinerante por vacaciones.Repercutiendo dichas actuaciones en el usuario, declinando la calidad asistencial
Descripción del problema/necesidades.
Nos planteamos analizar estas actuaciones y los puntos de discontinuidad que surgen en el programa para valorar soluciones. OBJETIVOS: Analizar y evaluar las actuaciones enfermeras dentro del programa actual. Proponer estrategias de mejora
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio cualitativo descriptivo transversal.Utilizamos técnica del grupo nominal.Mediante tormenta ideas, identificamos problemas asistenciales y propusimos soluciones factibles,Elaboramos una vía clínica con soluciones encontradas, la cual llevamos a la práctica (6 meses) y posteriormente evaluamos satisfacción personal mediante cuestionario dicotómico
Resultados obtenidos.
Problema-Solución Propuesta 1.Barrera Idiomática;Teletraducció n,Comprobar datos en tarjeta sanitaria,Interpretes voluntarios,Unificar, Hª duplicadas.2.Religión/ Creencias;Identificarlo como exclusión de objetivos.3.Recursos Materiales;Consulta aséptica adecuada,Unificar programas de registro E-Vac y Diraya,Organizar archivo.4.Actuación Profesional;Referente,Asumir obligación individual de registrar actuacion,Eliminar duplicidad registros,Trabajar por parejas, Unificar criterios conjuntamente con pediatras.CUESTIONARIO PROFESIONAL 1.¿Se ha encontrado con barreras idiomáticas?2.¿Se ha encontrado con duplicidad de Hªs?3.¿Se ha encontrado con Historias incompletas en cuanto a datos administrativos?4.¿Han surgido casos con respecto a creencias?5.¿Se han agilizado los registros?6.¿Ve usted implicación del resto de compañeros?7.¿Dispone de más tiempo asistencial?
Resultados obtenidos.
De los problemas identificados,"La actuación profesional"constituye sólo una parte,Tienen más peso;barreras idiomáticas y recursos materiales. Para ello sería necesario que el usuario asuma parte de responsabilidad, y haga uso de los recursos que ya existen (Teletraducción y voluntariado). Debemos trabajar con el resto del EBAP (Pediatra y Administrativos) para unificar criterios y corregir fallos de registros.En estos 6 meses que lleva la vía clínica puesta en marcha, el 80% de enfermeros ha detectado; las Historias clínicas aparecen mejor cumplimentadas, menos duplicidad y errores, mayor motivación profesional y mejor gestión del tiempo laboral.

C-336

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A PACIENTES CON EPOC? LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

ABAD, JM; MAYORAL, S; SAMITIER, ML Y RABANAQUE, MJ.
D.G. PLANIFICACION

Palabras Clave: EPOC, grupos de pacientes, género

RESUMEN

Contexto de partida.
Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) suelen ser pacientes mayores, pluripatológicos, con reagudizaciones frecuentes que les llevan a los Servicios de Urgencias y en los que el seguimiento y control resulta complejo.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo de este trabajo es identificar las dificultades de los profesionales para efectuar un seguimiento continuado y de calidad de los pacientes con EPOC.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha empleado una metodología cualitativa. Como técnicas se han utilizado las entrevistas abiertas y en profundidad a 6 profesionales de centros de salud de Zaragoza. Se han seguido criterios de muestreo teórico: incluir los 3 Sectores de Zaragoza, reflejar diferentes realidades socioeconómicas y educativas y existencia o no de actividades con grupos de pacientes con EPOC. Se presenta un avance de resultados de la fase exploratoria del estudio, correspondiente a la parte de la investigación centrada en los profesionales.
Resultados obtenidos.
En opinión de los profesionales, los pacientes con EPOC suelen ser varones, mayores y fumadores, y el diagnóstico se realiza en estadíos avanzados de la enfermedad. Dificultades en el diagnóstico: presentación en episodios agudos y confusión de la sintomatología con el hábito tabáquico, y problemas en la utilización de espirómetros (falta de recursos, de formación y problemas organizativos). Dificultades en tratamiento y seguimiento: dificultad para abandonar el hábito de fumar; y relación con el género (menor conciencia de su enfermedad, menor capacidad de autocuidado, menor capacidad de pedir ayuda y menor asistencia y participación en actividades de grupo). También se identifica como un problema importante el uso inadecuado de la medicación, sobre todo de los inhaladores. Los grupos de pacientes aportan un entorno adecuado para incidir en el cambio de hábitos, y para mejorar la adherencia al tratamiento y el uso de inhaladores, aunque el género masculino de la mayoría de los pacientes puede dificultar el éxito de este tipo de actividades.
Lecciones aprendidas.
La conciencia de la enfermedad y la responsabilización por parte del paciente son elementos básicos para conseguir un adecuado control de la patología, y los grupos de pacientes son una herramienta útil para ello. La incorporación de las modificaciones de estilos de vida están condicionadas por factores socioculturales (trabajo productivo, renta, educación..) y determinantes de género (rol de cuidadoras o trabajo reproductivo).

C-337

ABORDAJE DE LA COMUNICACIÓN/ INFORMACIÓN AL PACIENTE, RESTABLECER LA RELACIÓN DE CONFIANZA

PELEGAY CAMERANO, S..
MUTUA UNIVERSAL - UBDT BALMES

Palabras Clave: Comunicacion-información, relación asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

Realizado por el Dr. S. Pelegay, Médico Asistencial del Equipo A, en la U.B.D.T. Balmes, Barcelona, de MUTUA UNIVERSAL M.A.T.E.P.S.S. Nº 10.

Descripción del problema/necesidades.

Basándonos en un convenio de confianza, establecido en la relacion médico-paciente, amenazado por la creciente legitimación social de intereses, que han acrecentado en el médico el rol de “agente comercial-mercantil”. Las condiciones actuales, bajo las que se trabaja en la atención sanitaria, enferman, no sólo al paciente, sino que también contribuyen a desvirtuar, limitar y degradar el rol personal y profesional del médico. He intentado obtener herramientas básicas más útiles para mejorar nuestra comunicación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se analizaron los diferentes tipos de pacientes y los estilos de comunicación, así como los distintos tipos de relación médico-paciente y los factores implicados en ella, apoyandome en la revisión de las reclamaciones más habituales de los pacientes en nuestro medio. Esta revisión fué presentada como Tesina final del curso de especialización en Patología Laboral, que Mutua Universal realiza dentro del marco de Formación Continuada.

Resultados obtenidos.

Como resultado, en general, no existen pruebas suficientes para plantear la conclusión de que alguna intervención pueda aumentar o disminuir la confianza en los médicos. Es necesario, por tanto, realizar más ensayos para analizar el impacto de los cambios en las políticas, las guías y el “entrenamiento específico de los médicos sobre la confianza de los pacientes”.

Lecciones aprendidas.

Valorando ensayos, estudios y revisiones realizadas para objetivar las deficiencias y errores, en el ámbito de la relación médico-paciente y en las posibles acciones para mejorarla, puedo reafirmarme en la necesidad de formación en cuanto a Calidad Asistencial, ya no sólo de los médicos, sino del resto del personal sanitario, auxiliar y/o administrativo, con el que se debería realizar un trabajo en equipo.

C-338

IMPLANTACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HRU CARLOS HAYA

CASTILLEJO MALDONADO, A ; DE LA TORRE GÁLVEZ, IM; RECA BUENO, IM; GARCÍA FORTEA, P; ROMERO GIL, G Y RAMOS RODRÍGUEZ, T.
HRU CARLOS HAYA

Palabras Clave: Lactancia Materna

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se desarrolla en el pabellón de maternidad del hru carlos haya. Los estamentos implicados pertenecen al equipo directivo y mandos intermedios de los servicios de las unidades involucradas en la lactancia materna.

Descripción del problema/necesidades.

El problema detectado es la gran variabilidad en la información/ formación que los profesionales dispensan a las usuarias/familia en relación con el establecimiento de la lactancia y que provoca inseguridad y falta de adhesión al programa

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se llevó a cabo dentro de un proyecto de humanización en los cuidados perinatales donde se marcaron líneas estratégicas, siendo la lactancia materna una de ellas. Los profesionales involucrados son los cargos intermedios de los servicios implicados en el fomento de la lactancia (obstetricia, partos, puerperio y neonatología). La difusión del proyecto se está llevando a cabo mediante talleres informativos, junto con sesiones de trabajo conjuntas y el desarrollo propio de la implantación. Las fases del proyecto han sido detección del problema, análisis de las causas, desarrollo de líneas de trabajo, observación de limitaciones y propuestas de mejora.

Resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos son la elaboración de un proyecto a financiación sobre prevalencia de lactancia materna en nuestro hospital, desarrollo de una guía única dirigida a los profesionales en un intenti de unificar todos los contenidos con evidencia sobre lactancia, su establecimiento y fomento. Desarrollo de diferentes talleres, mesas redondas y jornadas sobre lactancia en la que se involucran las diferentes categorías profesionales. Unificación de la información destinada a los usuarios mediante la guía recomendada en el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio.

Lecciones aprendidas.

Que la interrelación de las diferentes categorías profesionales para unificar criterios, enriquece el trabajo en equipo y aumenta la calidad del servicio prestado al tener una visión global del problema.

C-339

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE LOS GRUPOS FOCALES EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE SITIOS WEB SOBRE SALUD

MORENO, J.M.; HERRERA-VIEDMA, E.; PARRA, P.; CADENAS, J.M. Y CABALLERO, J..
HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Evaluación, Calidad, Grupos Focales, Sitios Web

RESUMEN

Contexto de partida.
Los pacientes están empezando a asumir una mayor responsabilidad en las decisiones sobre su propia salud, lo que viene acompañado de una demanda de información sin precedentes. En este sentido, la Web está revolucionando el modo en el que los pacientes acceden a la información relacionada con la salud.
Descripción del problema/necesidades.
A pesar de los potenciales beneficios que este medio puede aportar, los diferentes estudios publicados muestran una preocupación creciente por la calidad de los sitios Web sobre salud. A esto ha contribuido la proliferación de sitios Web de diversa procedencia y finalidad, la amplia variedad de contenidos disponibles y las diferentes características que presentan en cuanto a su diseño, organización y funcionalidad. Aunque varios autores han propuesto criterios para evaluar la calidad de sitios Web sobre salud, pocos trabajos han analizado en qué grado estos criterios son reconocidos por los pacientes, o si otros criterios de calidad son observados. El objetivo del proyecto es contribuir al establecimiento de un conjunto de criterios para evaluar la calidad de sitios Web sobre salud desde el punto de vista de los pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó una investigación cualitativa, mediante 3 grupos focales, para indagar en los aspectos más significativos de la calidad de los sitios Web sobre salud desde la perspectiva de los pacientes. Para el diseño del estudio se desarrollaron las siguientes fases: revisión bibliográfica, elaboración del guión de las sesiones, y selección de los participantes a partir de una muestra de pacientes de un centro hospitalario. Finalmente, se llevó a cabo el análisis estructurado de la trascripción de la información obtenida de los grupos.
Resultados obtenidos.
Se identificaron 27 criterios de calidad agrupados en 5 dimensiones, que reflejaban las principales áreas de interés manifestadas por los pacientes en relación con la calidad de los sitios Web. Dos dimensiones, Credibilidad y Usabilidad del sitio Web, agrupan a más del 60% de los criterios identificados. El resto de criterios se distribuyen entre las dimensiones Contenido, Enlaces externos y Servicios interactivos.
Lecciones aprendidas.
Durante las sesiones se evidenciaron diferencias significativas entre los participantes en cuanto a habilidades y frecuencia de acceso a sitios Web para temas relacionados con la salud. Esto pone de manifiesto la existencia de diferentes perfiles de usuario que pueden condicionar los resultados y que deben tenerse en cuenta en el diseño de futuras investigaciones.

C-340

GUIA PARA PACIENTES CON EPOC (REHABILITACIÓN DOMICILIARIA)

LUNA CABRERA, F.; RUIZ RUIZ, M.A.; RUIZ SÁNCHEZ, F.; PASTRANA JIMÉNEZ, A.M.; JUSTICIA RULL, E. Y CARICOL PÉREZ, P..
HOSPITAL INFANTA MARGARITA

Palabras Clave: EPOC, Rehabilitación Domiciliaria, Autoayuda, Información

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza en ámbito hospitalario, por la UGC de Aparato Locomotor (Servicio de MF y Rehabilitación). Han estado implicados todos los FEA y fisioterapeutas de la UGC. Han colaborado un FEA de Neumología y un Técnico de Participación Ciudadana. Dirigida a pacientes en su entorno domiciliario.
Descripción del problema/necesidades.
Educación e Información para el Autocuidado. Mejorar y prevenir crisis problema/ de reagudización de EPOC. La solicitud de valoración desde la Unidad necesidades de Neumología nos llevó a priorizar la realización de este manual.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Profesionales sanitarios de la UGC y de Neumología y participación ciudadana. Su difusión se realiza durante la labor asistencial con entrega directa al paciente y también a través de participación ciudadAna en contacto con los grupos de riesgo. Se inicia en el cuarto trimestre de 2008 finalizando en marzo de 2009 con la elaboración de la Guía.
Resultados obtenidos.
Mejorar la realización de los ejercicios preventivos en su domicilio. Entendemos que ayudan a resolver el problema. Establecer sinergias con AP para minimizar los problemas que aparezcan.
Lecciones aprendidas.
Es una herramienta válida en autocuidados para nuestros pacientes. Entendemos que para este tipo de herramienta la metodología ha sido la adecuada. Analizar la necesidad de implementar herramientas similares en otras patologías de elevada prevalencia.

C-341

COMUNIDAD GITANA DE JEREZ DE LA FRONTERA; LÍNEAS DE DESARROLLO PARA LA PARTICIPACIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS.

MARÍA DE LOS SANTOS VERA PIÑERO Y MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.
MARISANTOS.VERA@TERRA.ES

Palabras Clave: Gitanos

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el hospital Jerez de la Frontera y en la Fundación Secretariado Gitano. Los profesionales implicados fuimos las propias autoras que desempeñamos actualmente la labor de enfermeras asistenciales en el servicio de Urgencias Generales, además de grupos de gitanos que colaboran en la Fundación Secretariado gitano.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretendía actuar sobre la problemática existente en la unidad de urgencia general con la comunidad gitana. Las causas de los problemas se analizaron haciendo un estudio cualitativo tanto con una pequeña representación de la comunidad gitana, como por parte de profesionales sanitarios
Desarrollo y soluciones aportadas.
Información obtenida de documentación en la biblioteca del hospital de Jerez , y a traves de la red de internet. Los grupos de profesionales implicados en las soluciones han sido la Dirección de Enfermería, la secretaria de la Fundación de secretariado gitano, y el jefe de las comisiones de usuarios del hospital.
Resultados obtenidos
Fase de acercamiento a la comunidad gitana. Encuentros con profesionales sanitarios. Reunión de representantes de ambos grupos para iniciar el proyecto de participación de esta comunidad en el ámbito sanitario. La introducción de un representante de etnia gitAna en las comision de participación ciudadAna en el hospital de Jerez. Aún es pronto para saber si los conflictos que se tienen en la actualidad con algunos miembros gitanos, se podrían mermar con la introducción y representación gitAna en las comisiones de usuarios.
Surgió la necesidad de un mediador, resultaba más práctico a la hora de solucionar ciertos problemas con el personal sanitario y con las normas de los hospitales. Aunque esta idea se desechó por falta de personal capacitado y de recursos humanos en estos momentos.
Lecciones aprendidas.
La comunidad gitana de Jerez, está muy integrada con el resto de la población. Que existen personas que no pertenecen a esta etnia , aunque actuan como si lo fueran, y se les enjuicia como tal. El personal sanitario tiene arraigadas creencias con esta comunidad, son muy conflictivos, estridentes y poco dado a cumplir normas.
El mensaje práctico ha sido que la realidad de los problemas con poblaciones minoritarias se puede intentar llegar a un acuerdo, observando y escuchando de donde surjen los conflictos para asi poder dar soluciones dentro de las posibilidades que nos aporta un sistema sanitario como el nuestro.
La población gitAna desea ser partícipe y responsable de su salud como prueba el hecho de querer ser introducidos en en la comisión de usuarios del hospital de Jerez.

C-342

NUTRICIÓN DE CALIDAD

ANA DIAGO; MAITE LARRINAGA LLAGUNO; MARIA ELISA BAÑUELOS; MARIA PILAR GALARZA; NAGORE GALLEGO Y MARIA LUISA OÑA.
HOSPITAL DE BASURTO OSAKIDETZA

Palabras Clave: Alimentacion Eficaz, Visión del Cuidador

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Unidad de Neurocirugia del Hospital de Basurto con la colaboración del personal de enfemrería
Descripción del problema/necesidades.
Tras una exhaustia revision bibliografica y de base de datos (cochrane, medline, etc) y unas encuestas pasadas a 10 cuidadores de pacientes portadores de SNG en los meses de enero - marzo sobre su información y la necesidad de formación llegamos a valorar la falta de conocimiento y adiestramiento a la hora de dar el alta hospitalaria al paciente y de atenderle en su domicilio. Necesitamos satisfacer las necesidades básicas en alimentacion en el paciente portador de sng conscuencias: toma de conciencia de las dudas que se encuentran los pacientes mejora de las dudas planteadas a los pacientes, y mejora del cuidado percibido por el paciente
Desarrollo y soluciones aportadas.
Con las dudas mas frecuentes encontradas planteamos la realizacion soluciones aportadas de un póster explicativo y unas charlas informativas durante la duración del ingreso del paciente sobre los cuidados básicos domiciliarios a los portadores de SNG permanente para alimentación y sus cuidadores sobre temas como a) Higiene bucodental b) Vigilancia de la permeabilidad, limpieza y mantenimiento de la sonda c) Correcta administracion de los alimentos d) Cuidados posturales e) Identificacion de posibles complicaciones tras una evaluacion y control de los pacientes portadores de sonda nasogástrica verificando las necesidades de formación a través de cuestionario de preguntas hacia los cuidadores
Resultados obtenidos.
La formacion en el manejo de la SNG en el ámbito domiciliario, facilita la relacion paciente - cuidador y promueve la mejora de los cuidados recibidos por el paciente y disminuye su ansiedad. Mejora de la calidad de cuidados autonomia de cuidados enfemeros disminucion de la ansiedad del paciente
Lecciones aprendidas.
Un buen adiestramiento de los cuidadores que atienden a pacientes portadores de SNG proporcionan un bienestar al paciente y a sus familiares ya que permite la participacion activa en el proceso de atencion, favoreciendo la autonomia en los cuidados en enfermeria
La vision del paciente y cuidador habitualmente no coincide con la del profesional y en las tecnicas que pretendemos instruir inicialmente surgen mas dudas que soluciones de respuesta, informacion sobre la que “no habian caido”, creemos que sabemos informar, seguramente conocemos muy bien la técnica pero no sabemos transmitir

C-343

PPE-33: HERRAMIENTA PARA EXPLORAR LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA TOMA DE DECISIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

INÉS MARÍA BARRIO-CANTALEJO; PABLO SIMÓN-LORDA; CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ; ADORACIÓN MOLINA-RUIZ; MARÍA ISABEL TAMAYO-VELÁZQUEZ Y ASTRID SUESS.
HOSPITAL DE BAZA

Palabras Clave: Participación, consentimiento, información, toma de decisiones

RESUMEN

Contexto de partida.
Es un trabajo de adaptación transcultural y validación del cuestionario PPe-15. Se realizó en el Hospital Virgen de las Nieves con apoyo de la EASP. Recibió financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la convocatoria de proyectos de investigación 2006
Descripción del problema/necesidades.
Es importante la creación de instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios que incorporan la perspectiva de los ciudadanos. Las encuestas más usadas se centran en aspectos generales. Faltaba una herramienta que explorase las experiencias de los pacientes hospitalizados en relación a su participación en la toma de decisiones, la información y el consentimiento informado.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Es un proyecto empírico, con participación de profesionales y ciudadanos procedentes de diferentes ámbitos. Etapas de la investigación:
1. Traducción de la versión original del cuestionario PPE-15
2. Validez de contenido. Construcción del cuestionario PPE-33
3. 15 expertos juzgaron la idoneidad de los ítems y 15 ciudadanos evaluaron la comprensibilidad o dificultad de la interpretación de los ítems.
4. Medición de la legibilidad gramatical del texto.
5. Evaluación de la aceptabilidad y viabilidad del cuestionario PPE-33.
6. Evaluación de las propiedades psicométricas: Validez de constructo, fiabilidad y consistencia interna
Resultados obtenidos
El PPE-33 constituye el único instrumento diseñado y validado de forma específica en español para medir estas dimensiones. Sus propiedades psicométricas aseguran la utilidad del PPE-33 en los centros hospitalarios o servicios clínicos que deseen explorar dichas dimensiones. Por ejemplo, puede ser usado como instrumento de medida en estrategias antes-después para evaluar la efectividad de intervenciones educativas dirigidas a profesionales, introducción de procesos, protocolos u otras estrategias de mejora de la calidad. Aunque las limitaciones aconsejen realizar nuevas investigaciones para optimizar el cuestionario en el futuro, el actual proceso de validación del PPE-33 asegura que su aplicación informa de manera fiable y válida sobre la percepción que tienen los pacientes sobre la información y la participación en la toma de decisiones sanitarias que experimentan durante el ingreso hospitalario.
Lecciones aprendidas.
Es importante incorporar la perspectiva del ciudadano en la evaluación de los servicios de salud. Esta evaluación precisa de instrumentos objetivos o, al menos, replicables en diferentes situaciones. El PPE-33 permite establecer comparaciones con sistemas de salud de otros países

C-344

IMPACTO EN EL USUARIO DE ACCIONES DE MEJORA MEDIDAS MEDIANTE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN UN SERVICIO DE LABORATORIO

DALMAU-GARCÍA, MD.; VILLÀ-BLASCO, MC.; CHARPENTIER-PUIG, N.; DALMAU-AYMERICH, MR.; DALMAU-AYMERICH, MC. Y *ALOY-DUCH, A..
HOSPITAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: Satisfacción, laboratorio, clínico, extracciones

RESUMEN

Contexto de partida.
En los últimos años se ha producido un aumento del 5.1 % anual en las extracciones de sangre ambulatorias. Si bien la sala de extracciones se ha ido modificando para absorber este incremento, con el tiempo se ha comprometido la confortabilidad de los pacientes y del propio personal, planteándose una nueva reorganización y estructura. Pocos estudios detallan el impacto de las acciones de mejora sobre el cliente en un servicio de laboratorio
Descripción del problema/necesidades.
Conocer la opinión y satisfacción de los usuarios de la sala de extracciones de sangre ambulatoria, mediante dos encuestas de satisfacción realizadas previa y posteriormente a la implantación de un conjunto de acciones de mejora
Desarrollo y soluciones aportadas.
Anualmente la unidad de extracciones del laboratorio clínico (UELC) atiende unos 45000 pacientes. En 2007 la UELC se estructuraba en dos salas separadas para atender de 2 a 4 pacientes simultáneamente con una sala de espera común; los pacientes entregaban el volante de análisis y la hoja de citación en secretaría donde se les daba un número de turno para hacerse la extracción. Así, se realizó en 2007 una primera encuesta de satisfacción con preguntas referidas a la atención, respeto y trato recibidos, horarios, tiempos de espera e instalaciones; se utilizó la escala de Likhert con 5 opciones, añadiéndose una pregunta de valoración global de la unidad de 0 a 10; los resultados obtenidos plantearon la necesidad de aplicar reformas en el diseño de la sala de extracciones. La UELC se remodeló a partir de 2008 en 6 cubículos individualizados con entrada independiente, un sistema de llamada de turno que indicaba la puerta de acceso, butacas reclinables, e informatización. A los 6 meses se repitió la encuesta de satisfacción y se compararon los resultados
Resultados obtenidos.
En 2008 se detectó una mejora en la opinión sobre las áreas más débiles: la confortabilidad de las instalaciones (74 % en 2007) subió hasta el 93 %, y la satisfacción del usuario al no compartir el box, pasó del 65 al 91 %, respectivamente. Globalmente, la satisfacción global del usuario se incrementó en 2008 a 8.9 (8.7 en 2007)
Lecciones aprendidas.
Las acciones de mejora realizadas han permitido observar un incremento importante y óptimo en la opinión y satisfacción de los usuarios de la UELC. La información de los resultados proporcionada por las encuestas de satisfacción, permite evaluar y resolver las oportunidades de mejora planteadas en el diseño de nuevos espacios en servicios de soporte clave como en el del laboratorio clínico, y han de de añadirse a los indicadores habituales de este tipo de servicios

C-345

EL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES RURALES DE SEVILLA: EXPERIENCIAS CONTADAS POR ELLAS.

ALICIA BOTELLO HERMOSA Y CARMEN RECIO.
ESCUELA UNIVERSITARIA ENFERMERIA OSUNA

Palabras Clave: Género, Salud, Cáncer, Investigación Cualitativa

RESUMEN

Contexto de partida.

La investigación se ha realizado en La Rinconada y en Osuna (Sevilla) entrevistando a 20 mujeres rurales diagnosticadas de cáncer de mama entre 40 y 65 años.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretendía desde una perspectiva de género, conocer las creencias y los miedos de mujeres rurales con cáncer de mama. Los factores que explican y determinan los problemas de salud están relacionados con los aspectos biológicos, pero también con lo social; con el sistema sexo-género que atribuye roles diferentes a hombres y a mujeres. Partimos de un marco teórico que explique el proceso de salud-enfermedad relacionado no sólo con la biología, sino también con el contexto social y con los significados subjetivos que cada persona les puede atribuir. Al tratarse de un estudio subjetivista, la metodología utilizada ha sido la cualitativa; y como técnica de obtención de datos hemos utilizado los relatos en primera persona, las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, permitiendo la valoración de los testimonios directos de las propias protagonistas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

en los estudios cualitativos el término representatividad no ha de ser entendido en términos estadísticos y, por lo tanto, la muestra no se extrae en relación a unos niveles de confianza y error, sino de adecuación y significatividad.se contacta con asociaciones de mujeres. Efecto bola de nieve. Informantes tipo.

Resultados obtenidos.

Se hicieron análisis de los discursos de las “propias voces” de las mujeres, las principales conclusiones del estudio es que se sienten avergonzadas y al principio intentan ocultarlo, tienen miedo a hablar de la enfermedad con familiares y amigos, y se siente un poco “abandonadas” a nivel sanitario, demandando por todo ello educación sanitaria y apoyo institucional.Surgió la idea de estudiar el discurso de los profesionales sanitarios.

Lecciones aprendidas.

La explicación de que oculten el cáncer de mama, es que a este cáncer se le añaden en nuestra cultura connotaciones psicosociales de desfiguración y muerte y las relacionadas con el atractivo sexual, con la maternidad y con la feminidad. Todo ello puede llevar a sentir que la citada dolencia desvaloriza su atractivo sexual y corporal, lo que quizás explicaría por qué lo ocultan. Se presenta como una doble estigmatización; las estigmatizaciones negativas asociadas a la palabra cáncer en general y las estigmatizaciones particulares asociadas a roles de género y a funciones biológicas de sexo. Las políticas de salud y los sistemas sanitarios pueden incrementar las desigualdades si no se orientan con la perspectiva de género.
Empoderamiento,recursos

C-346

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: MEJORANDO EL SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

DOMINGUEZ ALBA, I; AGUILERA AGUILERA, A; MARTIN CASAUX, J; DIAZ GONZÁLEZ, J; SERRANO GARCÍA, F Y TORRES PÉREZ, L.
Hospital Virgen de la Victoria

Palabras Clave: Manejo Terapéutico, Sida, Crónicos

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospita de Día Médico (Unidad de Enfermedades Infecciosas). El proyecto se ha llevado a cabo merced a la coordinacion entre el jefe de la unidad, la enfermera responsable del hospital de día, los responsables de cuidados (supervisor y coordinador), y la colaboracion de la Jefatura de Bloque de Sistemas de Información (SSII) y la de Calidad

Descripción del problema/necesidades.

Numerosos estudios respaldan la efectividad de las intervenciones de educación y apoyo al paciente para mejorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. Las intervenciones individuales y las orientadas a habilidades prácticas del tratamiento farmacológico se mostraron como los espacios más prometedores. Pero esta evidencia aún presenta debilidades merced a la falta de rigor, entre otros factores, relacionada con el seguimiento riguroso de los programas.

Para ello se ha diseñado una herramienta informática, dentro de la aplicación corporativa d ela institución, que permite recoger toda la labor desarrollada en la unidad y con preferencia la centrada en la promoción del seguimiento terapéutico.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Elaboracion de propuesta: Calidad soluciones aportadas Adaptacion de la herramienta al contexto,, Confeccion de las plantillas relacionadas con la cartera de servicios de la unidad: SSII Eleccion de indicadores de seguimiento del paciente, centrados en la monitorizacion de la adherencia y el establecimiento de una relacion terapéutica duradera: Contrato con el paciente Creación de registros y gestión de informes tanto internos como externos (AP). SSII y Calidad Desarrollo del aplicativo: S. Informática Puesta en produccíon y revisión final: SSII y Calidad Lanzamiento: Responsable Clinico de la unidad y Supervision. la puesta en marcha fue inmediata merced a que todos los implicados estaban incluidos en el grupo de desarrollo.

Resultados obtenidos.

El total de pacientes incluidos ha sido de 212, en apenas 2 meses de funcionamiento-se estan incluyendo pacientes hasta ahora monitorizados manualmente-. Las parcelas abordadas con mayor frecuencia se relacion con la potenciacion del manejo terapéutico (31% de los casos) y del afrontamieto familiar (48%).

Lecciones aprendidas.

La diversificacion de la oferta asistencial pasa por la promoción, entre otras, de parcelas como el autocuidado y la autoeficacio, sobre todo en procesos crónicos, muy vinculados al manejo efectivo del regimen terapéutico. La enfermería dispone de herramientas capaces de promocionar la adherecia y lo que es más está en disposición de convertirse en un elemento proactivo en esta parcela. Pero los Cuidados requieren un potente soporte informático que está por desarrollar.

C-347

UTILIDAD DE LOS SISTEMAS POCT EN EL AUTOCONTROL DOMICILIARIO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO.

CABALLERO VILLARRASO, J*; FLORES MORENO, S; CARLOS GIL, A; VILLEGAS PORTERO, R YRODRÍGUEZ CANTALEJO, F.
AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE ANDA

Palabras Clave: oral anticoagularion, point of care testing

RESUMEN

Contexto de partida.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) (Sevilla) y Unidad de Garantía de Calidad del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Descripción del problema/necesidades.

El número de pacientes con terapia anticoagulante oral (TAO) se ha ido incrementando notablemente en la última década debido a: 1) aumentar las indicaciones de TAO; 2) cambio demográfico, con el implícito aumento de enfermedades ligadas a la vejez, algunas de ellas subsidiarias de TAO con carácter permanente. El presente estudio pretendió: 1º) valorar la efectividad de los dispositivos de coagulometría portátil en el autocontrol de paciente con TAO en términos de validez analítica y validez clínica; 2º) analizar comparativamente dicha efectividad con la de los equipos no portátiles; y, 3º) estimar las posibles consecuencias a nivel organizativo, derivadas de la introducción de sistemas de coagulometría portátil en el control ambulatorio de los pacientes anticoagulados

Desarrollo y soluciones aportadas.

Revisión sistemática de la literatura. Se buscaron informes de evaluación, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios de pruebas diagnósticas que describan los resultados de sistemas portátiles ya implantados. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE, EMBASE, INAHTA, Cochrane Library (The Cochrane Database of Systematic Reviews y Controlled Trials Register) y CRD (Centre for Reviews and Dissemination) de la Universidad de York, así como las web de las diferentes agencias de evaluación, la OMS, EMEA, FDA, EuroScan y Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Resultados obtenidos.

Se recuperaron 3 informes de evaluación, 7 revisiones sistemáticas (2 de ellas con meta-análisis) y, posteriores a éstas, 22 artículos originales. La calidad científica fue elevada, con puntuación muy alta en la escala CASPe. La práctica totalidad observaba índices de correlación muy altos entre dispositivos portátiles y no portátiles (r>0,90), y ventajas clínicas tales como presentar mejor control de la TAO el menor índice de tromboembolismos. En 3 revisiones sistemáticas se observaba menor mortalidad

Lecciones aprendidas.

La literatura acerca del uso de coagulometría portátil ofrece un nivel de evidencia científica alto o muy alto. Los artículos referentes a la validez analítica de dichos dispositivos presentan una efectividad equivalente a la de los sistemas no portátiles. Los trabajos que recogen variables centradas en el paciente, muestran que los grupos de enfermos autocontrolados con coagulómetro portátil presentan mejores registros analíticos y menor índice de complicaciones tromboembólicas

C-348

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.

LOPEZ FERNANDEZ, M.T.*; SEGURA GARCÍA, M.T.; JIMENEZ LIRIA, M.J.; HERNÁNDEZ CORRAL, I.; ARTERO LOPEZ, C. Y GARCÍA RIOS, M.R..
E.P.HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Lactancia Materna, Inmigración, Registro

RESUMEN

Contexto de partida.

Realizado en la Unidad de Neonatología del Hospital de Poniente por el equipo de enfermería.

Descripción del problema/necesidades.

En 2006 se comenzó con un proyecto de mejoras perinatales con 2 líneas fundamentales: Parto humanizado y fomento de la L.M. Nuestro hospital es el de mayor porcentaje de nacimientos de mujeres inmigrantes de Andalucía, en 2008 se produjeron 2.629 nacimientos de los que un 52% corresponde a mujeres inmigrantes.

Objetivos del estudio: 1. Analizar como influyen las medidas de fomento de L.M. durante el ingreso del R.N.

2. Comparar la intención del tipo de lactancia al ingreso y al alta del R.N.

3. Determinar la nacionalidad más susceptible de modificar el tipo de lactancia.

Desarrollo y soluciones aportadas

Estudio observacional prospectivo de intervención desde 2006 a 2009.

soluciones aportadas Se ha realizado una medición de indicadores antes y después de una intervención reglada y sistemática por parte del personal de enfermería para el fomento de la L.M.

Variables analizadas: tipo de lactancia, edad materna, nacionalidad, estancia del R.N. y educación sanitaria.

La intervención ha consistido: 1. Obtención de indicadores antes de comenzar el proyecto (2006) 2. Implantación de medidas de fomento de L.M. (2007) y formación a todos los profesionales (4 cursos de nov-07 a jun-08).

3. Registro de elaboración propia (2007) con valoración de indicadores al ingreso, durante el mismo y al alta 4. Fomento de medidas y educación sanitaria a la familia durante la estancia del R.N.

Resultados obtenidos.

En 2006 se parte de un 7,2% de L.M. exclusiva al alta.

En 2007 tras iniciar medidas de fomento, se alcanza el 55,77% y en 2008 tras finalizar la formación, se llega al 62,34% Con la muestra de junio2008 a mayo 2009, la intención del tipo de lactancia es: - LME al ingreso 42,15% y al alta 66,11% - L. artificial al ingreso 37,19% y al alta 10,74% - L. mixta al ingreso 20,66% y al alta 23,14% Estos mismos datos se analizan también por nacionalidades (española, marroquí, europa del este y sudamericana) analizando el comportamiento de cada una de ellas y viendo la correlación con el déficit de educación sanitaria en los embarazos no controlados.

Lecciones aprendidas.

- Resultados obtenidos en L.M.E. al alta muy satisfactorios.
- Tras medidas de fomento y formación, descenso de intención de L.artificial y mantenimiento de L. mixta.
- Nacionalidades más susceptibles de modificar su intención a L.M.E.: Europa del Este y Marroquí.
- Las españolas modifican mayoritariamente su intención de artificial a mixta.
- Españolas y sudamericanas: educación sanitaria enfocada más al
mantenimiento que a la instauración.

C-349

USO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN SERVICIOS QUIRÚGICOS, MÉDICOS Y U.DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL H. U. PUERTA DEL MAR

MONROY MORCILLO, A; SOTO TORRES, M; RUBIO BARRANCO, A; BAUTISTA RIBERA, J; RODRÍGUEZ PEÑA, F Y CRUZADO GARCÍA, MD.
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: consentimiento informado, derecho información, procedimientos invasivos

RESUMEN

Contexto de partida.

En el HUPM un grupo de profesionales, coordinados por las Unidades de Calidad y de Documentación Clínica, evalúa periódicamente la utilización de los Consentimientos informados (CI) en los Servicios que realizan procedimientos invasivos.

Descripción del problema/necesidades.

En el año 2008 la utilización del CI en el 100% de los procedimientos invasivos fue, además, un objetivo de rendimiento obligatorio para todas las Unidades asistenciales. Esto supuso un reto y a la vez una oportunidad de conocer cómo se estaba utilizando el CI en todo el Centro para establecer mejoras.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se estudió una muestra de 254 episodios del 2008 en los que se realizó un procedimiento que requería la utilización del CI. Se seleccionaron 27 tipos de procedimientos de riesgo. Se hizo un muestreo estratificado (por servicio). La selección de las historias fue aleatoria en cada estrato. Se estudiaron las siguientes variables: alguna evidencia de haber recabado el CI; documento autocopiativo de CI archivado firmado por el médico o por el paciente o por ambos, CI archivado con todos los requisitos administrativos correctos; DICE aprobado por la CHHCC archivado firmado por el médico o por el paciente o por ambos; DICE archivado con todos los requisitos administrativos correctos. Para el análisis se agruparon los servicios en: UGC, Serv. quirúrgicos y Serv. no quirúrgicos y se estudiaron las diferencias respecto a las variables resultado utilizando el test de Chi cuadrado.

Resultados obtenidos.

En el 96% (254/264) de los procedimientos existía alguna evidencia de haber recabado el CI. El documento autocopiativo firmado por médico y paciente se usó en el 72 % de los mismos frente al 60% de utilización de los DICE. Solo en un 32% de los procedimientos, los requisitos administrativos fueron totalmente correctos. Las UGC utilizan el Consentimiento Informado más correctamente que los Serv. no quirúrgicos, encontrando diferencias significativas en la tasa de utilización del DICE firmados por médico y paciente así como en la proporción de procedimientos con todos los requisitos administrativos correctos. Los Serv. quirúrgicos cuentan con una proporción mayor de procedimientos en los que se recaba el CI con todos los requisitos correctos que los Serv. no quirúrgicos. No existen diferencias significativas entre las UGC y los Serv. Quirúrgicos.

Lecciones aprendidas.

El procedimiento para recabar el C.I. está excesivamente burocratizado. Habría que facilitar al médico que un mismo documento incluyera el consentimiento informado y la información clínica específica.

C-350

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CITA PREVIA- UN PROCESO CLAVE DE SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO.

GALLARDO ORTIZ, MD; GONZÁLEZ ESPEJO, A; TRENAS MUÑOZ, M Y SANCHEZ ROJAS, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: ATCTPR

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se está desarrollando en el servicio de cita previa del Hospital Universitario Reina Sofía. En la actualidad se encuentran implicados un total de seis profesionales.

Descripción del problema/necesidades.

La necesidad de facilitar al usuario el cambio de cita o información del estado de la misma. De esta forma se evitan los desplazamientos innecesarios al centro, eliminando así el incremento en las colas de los mostradores, y al mismo tiempo la pérdida de citas que pueden ser utilizadas para otros usuarios.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se especificó un solo telefóno de atención al ciudadano en la nota de cita, y se derivaron todos los telefonos de los mostradores de cita previa para poder realizar el estudio que se ha llevado a cabo.

Resultados obtenidos.

Se han realizado estudios con distintas variables de medida, de entre ellas: motivos de las llamadas, procedencia de estas, numero de intentos para poder contactar.. De estos estudios realizados surge la necesidad de la implantación de un call-center que permita recoger un mayor numero de llamadas, ya que la demanda es mayor que la respuesta que en la actualidad podermos dar. Asi mismo, se facilitó un fax donde el usuario puede enviar las solicitudes de citas o cambios y anulaciones de estas. Del ultimo estudio realizado, el 81,17 % de las llamadas recogidas han tenido que intentarlo en mas de una ocasión. La solicitud de cita, junto con la información de esta son las llamadas mas frecuentes siendo la procedencia de estas de la provincia.

Lecciones aprendidas.

Como experiencia de este proyecto se pretende minimizar la indefensión con la que se encuentra un usuario que por algún problema ajeno a su voluntad no pueda acudir a una cita del hospital y que ademas no tenga posiblidad de ponerse en contacto con el servicio de cita previa.

C-351

DOCUMENTO DE GESTIÓN DE CITAS INTERCENTROS. UNA HERRAMIENTA EFICAZ DE COMUNICACIÓN.

GALLARDO ORTIZ, MD; SANCHEZ ROJAS, M; GONZÁLEZ ESPEJO, A Y TRENAS MUÑOZ, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: DIHERC

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se está desarrollando en el servicio de cita previa del Hospital Reina Sofía. En la actualidad se encuentran implicados un total de cuatro profesionales del hospital y el resto de profesionales de los distintos distritos sanitarios y centros de salud de nuestra area de referencia.
Descripción del problema/necesidades.
La problematica surgió cuando se elevó el numero de usuarios que acudían a sus centros de salud a solicitar diversos tipos de citas, desde revisiones, hasta interconsultas de urgencias o revisiones de altas hospitalarias. Así como aquellos usuarios que habían perdido sus citas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se estudió en las reuniones del comité de mejora entre atencion especializada y atención primaria la forma de comunicación que se adaptaría para llevar a cabo este proyecto, estuvieron implicados todos los profesionales que forman parte de dicho comité de mejora.
Resultados obtenidos.
Los efectos de la implantación del documento fueron inmediatos, tanto a través del correo como por fax, se reciben a diario solicitudes de citas a usuarios que no tienen por tanto que desplazarse al centro, evitando la aglomeración en los puntos de cita previa. Entre las posibilidades de este proyecto destacan: 1.-Se filtran todas aquellas revisiones que se pueden considerar indebidas. 2.-Se agilizan las citas que son altas hospitalarias, o de urgencias. 3.-Se esta depurando la documentación que debe ser enviada. 4.-Se ajusta el plazo de tiempo para poder solicitar una nueva cita.
Lecciones aprendidas.
La comunicación entre los diferentes niveles asistenciales es el aspecto fundamental de la satisfacción del ciudadano.La implantación de herramientas como la de nuestro proyecto, vienen a demostrar su utilidad tanto a nivel del usuario como de las relaciones entre los distintos niveles de asistencia sanitaria. La comunicación que se establece entre ambos niveles facilita y soluciona los problemas de gestión que pueden surgir a diario en la asistencia de nuestros pacientes.

C-352

REVISIÓN DEL PLAN DE TRASLADOS E INGRESOS DE PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDAD MENTAL (20082010)

CARCAR BENITO, JESÚS; URÁN GARCÍA, J. E.; LORENZO VILLAR, ANA; MARTÍNEZ CARRILLO, J. A.; JIMENEZ ROSET, JUAN Y RUIZ ROS, J.M.
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO CONSEJERÍA

Palabras Clave: traslados

RESUMEN

Contexto de partida La Consejería de Sanidad, a iniciativa de la Dron. de Atención al Ciudadano, como ayuntamientos de la Región, 112, ff. seguridad del Estado, Policía Local, Poder Judicial y F. M. de Familiares y Personas con enfermedad mental consensuaron un documento con objeto de mejorar las prestaciones y la accesibilidad al sistema sanitario .El modelo estrátegico de gestión, se realiza a través del ciclo PDCA Plan-Do -Check-Act, ciclo cerrado en el que conforme se vayan alcanzando los objetivos planeados se van fijando otros más ambiciosos.
Descripción del problema/necesidades.
Ofrecer una respuesta coordinada e integrada de los servicios dirigidos a las personas con enfermedad mental en los sistemas ya existentes. Situación que afrontan las familias de enfermos mentales durante las situaciones de crisis del enfermo, que en muchas ocasiones derivan en un ingreso en la unidad psiquiátrica y que pasan por la decisión del internamiento, el auxilio policial y el trasporte sanitario, entre otras fases. Tratamiento de las crisis psiquiátricas se realice de la forma más normalizada, como ocurre con el resto de las urgencias médicas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Fases y soluciones: 1ºLa persona con enfermedad mental tiene derecho a una asistencia sanitaria de calidad y respetuosa con sus derechos, la intervención policial en el trato con estas personas debe seguir un criterio de intervención mínima, para

C-353

ASOCIACIÓN ENTRE GASTO FARMACÉUTICO, CONSULTAS EXTERNAS E INCAPACIDADES TRANSITORIAS EN EL DISTRITO S. SEVILLA NORTE

MONTERO TORREJÓN, JC; LUQUE ROMERO, LG; NAVARRO OLIVA, S Y NIETO REINOSO, A.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA NORTE (SAS)

Palabras Clave: Gasto, Consultas Externas, Incapacidades Transitorias

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudiamos la posible asociación que existe entre el incremento del gasto en la prescripción de fármacos de los médicos con claves médicas del Distrito Sanitario Sevilla Norte; con respecto a las derivaciones a consultas externas contemplando las medidas en el Plan de Racionalización de la Demanda de Interconsultas; y, por último, con las incapacidades transitorias que firman cada uno de los médicos/as de Atención Primaria de este Distrito Sanitario. Hemos realizado un seguimiento de los médicos del Distrito el periodo de tiempo que transcurre entre enero y octubre de 2006.
Descripción del problema/necesidades.
Pertenecemos a un entorno donde la Calidad se requiere buscar la problema/ realidad de los problemas que acucian a las profesiones sanitarias y necesidades dotarlos de las herramientas adecuadas que apliquen unos parámetros actuales y de futuro para desarrollar una atención primaria más eficiente. Para demostrar la hipótesis de partida adoptaremos la variable precio por tafe como dependiente y las otras dos las consideraremos variables independientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Metodología -Diseño del estudio Las tres variables son continuas por lo que procedemos a realizar un gráfico de dispersión seguido del coeficiente de correlación de Pearson, así conoceremos la medida de la fuerza de la asociación entre tales variables; de alguna manera, similar al riesgo relativo para el caso de variables categóricas (SPSS 12.0). -Sujetos de estudio Todos lo médicos de familia del Distrito (excluidos pediatras) -Variables
•PRECIO/TAFE
•Derivaciones a consultas externas
•IT -Fuentes de información
•MICROSTRATEGY
•BDU
•SIGAP
Resultados obtenidos.
El coeficiente de correlación de Pearson entre dos variables continuas es una medida de la fuerza de la asociación entre tales variables; de alguna manera, similar al riesgo relativo para el caso de variables categóricas. Al aumentar el PRECIO/TAFE de la clave médica se eleva el número de concesiones de incapacidades transitorias por tarjetas sanitarias. El aumento del RECIO/TAFE de la clave médica está asociado a un incremento del porcentaje de derivaciones a consultas externas.
Lecciones aprendidas.
Queda patente que existe asociación entre el gasto por TAFE y sendas variables independientes. Con este estudio podemos concluir que el número de incapacidades transitorias o porcentaje de derivaciones a consultas externas son factores de riesgo para el gasto por TAFE.
Con este conocimiento podemos actuar con la finalidad de conseguir una prescripción de calidad y más eficiente.

C-354

TALLERES DE LACTANCIA MATERNA: HERRAMIENTA EFICAZ EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA. PARTICIPACIÓN DE LAS MADRES.

GARCÍA RODRÍGUEZ; MI. (*); CARRASCO RODRÍGUEZ, J.; AGUIRRE DE LA PEÑA, E.; CELADA PÉREZ, S. ; SANCHEZ-ESCALONILLA GONZÁLEZ, R. Y BITO PECES, CL..
GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE TOLEDO

Palabras Clave: Lactancia materna, eficacia, apoyo, madres, participación

RESUMEN

Contexto de partida.
Los primeros talleres de lactancia materna en el Área de Salud de Toledo, se formaron en el año 1998 con participación voluntaria de enfermeras del área. Tras dos años de su puesta en marcha, en un estudio comparativo de eficacia, se obtuvieron resultados significativos con respecto a las madres que participaban en los talleres de lactancia y madres que habían recibido orientación individual.
Descripción del problema/necesidades.
En el año 2001, la Gerencia de Atención Primaria de Toledo pone en marcha el primer programa de apoyo a la lactancia materna, con una estrategia de formación y de concienciación social de la importancia del amamantamiento, a los profesionales sanitarios, embarazadas, madres y familiares, con el objetivo principal de fomentar la puesta en marcha de los talleres de lactancia como medida de apoyo a las madres que deciden amamantar a sus hijos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se constituyó un Grupo de Mejora multidisciplinar, para identificar las acciones necesarias y coordinar la puesta en marcha de los talleres. Se estableció que cada taller sería liderado por un profesional formado (enfermera, matrona o pediatra), que las sesiones se realizarían con periodicidad semanal, que estarían fundamentadas en la retroalimentación o feedback y abiertas a la incorporación progresiva de madres con experiencia, como elemento clave.
Resultados obtenidos.
En 2002, la duración de la lactancia en el área, de las madres que habían recibido el apoyo del primer taller, fue de 199 días frente a 114 días de las madres que no habían participado. En 2005, el área contaba con 5 talleres, en 2007 con 11 y actualmente, tras la ayuda otorgada por el Ministerio de Sanidad, con 21 talleres. Como estrategia de expansión, en 2006 se aprobó la celebración anual de la SemANA de la Lactancia incluyendo un concurso fotográfico en el que en 2007 participaron 86 madres de 7 CCAA con 154 fotografías, y en 2008, 153 madres de 9 CCAA con 289 fotos. Se ha realizado un estudio de prevalencia y actualmente, se están cotejando los datos para que estén disponibles en el segundo semestre de 2009.
Lecciones aprendidas.
La experiencia de estos 10 años, demuestra que el apoyo continuado a la madre que amamanta, durante los primeros 6 meses, es tan necesario como el apoyo en los primeros días de vida. Por ello, la extensión de la estrategia debe dirigirse, más allá de las maternidades, hacia los Centros de Salud y otros sectores de la comunidad. La intervención educativa y de fomento a la lactancia debe extenderse a los centros escolares, para un cambio cultural que propicie la integración de la lactancia como un acto común y natural.

C-355

¿CÓMO HACER QUE FUNCIONEN LAS COMISIONES CLÍNICAS ASISTENCIALES?

VILAPLANA GARCÍA, A*; DEL NOZAL NALDA, M; NAVARRO BUSTOS, C; PRIETO GUERRERO, M; SALVADOR BOFIL, M Y SERRANO MOYA, P.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Comisiones Clínicas, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Hospital Universitario Virgen Macarena y Área, Hospital Regional de tipo I, desde hace varios años existe una experiencia consolidada de las actividades llevadas a cabo por las Comisiones Clínicas (CC). No obstante, esta situación no ha estado exenta de dificultades, problemas de comunicación y difusión así como de seguimiento y ejecución de los acuerdos. En el proceso de mejora iniciado se implicaron profesionales de diferentes estamentos así como la Dirección.

Descripción del problema/necesidades.

La ausencia de una estrategia definida para el funcionamiento de las CC ha provocado desmotivación por el trabajo realizado, al ser la participación de los profesionales voluntaria. Por otra parte, al presentarse dificultades en la resolución de los acuerdos establecidos y los objetivos marcados no se percibía su carácter operativo y no trascendía en mejoras en la asistencia a los ciudadanos. Por ello, hace 3 años se estableció como prioridad la elaboración de Plan Funcional de las CC.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el año 2006 se elaboró el primer Plan Funcional de las CC, que contempla una revisión, actualización y unificación de criterios para su funcionamiento y un Plan de Comunicación perfectamente establecido. Se inicia un proceso de renovación global a través de convocatorias públicas con la implantación de esta nueva sistemática de trabajo, facilitándole a cada uno de los nuevos miembros un ejemplar del documento. Todas las CC tienen definidos objetivos anuales por parte de la Dirección, consensuados con los vocales, y sometidos a una revisión sobre su cumplimiento.

Resultados obtenidos.

Actualmente están sujetas al mismo plan de actuación un total de 13 CC, con más de 120 profesionales implicados y más de 50 objetivos definidos, siendo el porcentaje del cumplimiento de los mismos superior a un 90%. La sistemática de trabajo implantada, ha contribuido a motivar a los profesionales por el trabajo que están desarrollando y a su participación, generándose grupos de trabajo formados por otros profesionales ajenos, que colaboran en la consecución de los objetivos.
Consideramos que la difusión al profesional de base es una limitación y para ello se han nombrado referentes de calidad facultativos y de enfermería por Servicio para garantizar la transmisión de la cultura de calidad.

Lecciones aprendidas.

Los resultados hacen necesario continuar con la misma sistemática y el mismo procedimiento de evaluación de los objetivos. Consideramos que la motivación de los profesionales es una herramienta indispensable para la difusión y contribución en la implementación de una cultura de calidad.

C-356

INTERVENCION EDUCATIVA EN EQUIPO: DOCENTES, ALUMNOS Y PROFESIONALES SANITARIOS.

AGUIRRE DE LA PEÑA, E. (*); CARRASCO RODRÍGUEZ, J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, MI.*; CELADAPÉREZ, S.; RODRÍGUEZ MUÑOZ, F. Y ARRIBAS GUTIERREZ, A.R..
GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE TOLEDO

Palabras Clave: educación, población, drogas, sexualidad, participación

RESUMEN

Contexto de partida.

En el año 2004 la Gerencia de Atención Primaria de Toledo inicia la Intervención “Educación para la salud”, en diferentes centros educativos, dirigida a alumnos de 2º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria, en materia de alcohol, tabaco y otras drogas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planificados.

Descripción del problema/necesidades.

En la actualidad, solamente el 39,7% de los jóvenes entre 14 y 18 años se considera perfectamente “bien informado” sobre su consumo (Observatorio Nacional sobre drogas). Según datos del Ministerio de Sanidad, España se sitúa a la cabeza en el consumo de cocaína. La prevalencia de su consumo en adolescentes en los últimos diez años ha pasado de 1,8 al 7,2%. En los últimos informes de UNICEF, destaca que el embarazo en adolescentes frecuentemente es interrumpido por medio de abortos no seguros. La educación sobre drogas y sexualidad en la adolescencia es una necesidad. El objetivo del proyecto es promover conductas generadoras de salud en los/as adolescentes a través de la orientación y formación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La intervención está basada en la organización de un concurso de mensajes publicitarios (anuncios para prensa, radio y televisión), elaborados por los adolescentes, agrupados en “talleres de salud” organizados en los Centros de Enseñanza Secundaria que participan voluntariamente en el proyecto. Mediante la retroalimentación, los alumnos participantes se convierten en agentes activos, a la vez que reciben información de los profesionales sanitarios y docentes que prestan apoyo a los distintos “talleres”.

Resultados obtenidos.

El proyecto se ha realizado durante 5 años, encontrándonos en estos momentos en la sexta edición. Los resultados de participación son: Numero de centros: 90. De ellos, 57 de ámbito rural y 33 urbanos. Alumnos implicados: 18.942. Profesionales sanitarios: 253 profesionales (32 Médicos Residentes, 28 Médicos de Familia, 171 Enfermeras, 3 Pediatras, 10 Farmacéuticos, 4 Matronas, 4 Trabajadores sociales y 1 fisioterapeuta). Número de sesiones impartidas: 950. Numero de trabajos presentados: 671.

Lecciones aprendidas.

La aceptación por los centros educativos ha sido buena, suscitando por parte de responsables de los institutos y asociaciones de padres, nuevas propuestas de colaboración en educación para la salud. Los alumnos de 4º participan más que los de 2º, y a mayor implicación de los tutores, mejores resultados en cuanto a participación en los “talleres de salud” y aportación de un mayor numero de mensajes publicitarios a concursar.

C-357

ELABORACIÓN Y PILOTAJE DE UN PROTOCOLO PARA FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA (LM). UNA BUENA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

HABAS PÉREZ, JC.; LUQUE RIBELLES, V.; FAJARDO DE LA FUENTE, M. ; GUERRERO GARCÍA, MJ.; LOZANO TORRES, E. Y MORALES PRIETO, JM..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: enfermería, buena práctica, LM, protocolo

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realiza en paritorio y maternidad del Hospital Virgen Macarena (HVM) y zonas de Cantillana, Cazalla y Constantina. Participaron 9 matronas, 10 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería, médicos pediatras y ginecólogos, un grupo de apoyo a la LM y 2 colectivos de inmigrantes.
Descripción del problema/necesidades.
La actuación enfermera en LM en el HVM se caracteriza por su variabilidad en la practica profesional y, como consecuencia, un descenso en la adhesión a la LM durante los 6 primeros meses del bebé (Romero y cols., 2005). Esto apunta la necesidad de protocolizar las actuaciones enfermeras en LM y seguir una estrategia que garantice su práctica hasta los 6 meses del bebé.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se siguió un proceso de investigación-acción participativa (IAP) para elaborar un protocolo para fomentar la LM y mantenerla hasta los 6 meses del bebé. Mediante una coalición, 20 personas, investigadores, profesionales y usuarios definieron actuaciones según el proceso perinatal y grupo profesional. La coalición experimentó un proceso de construcción conjunta de conocimientos: 1) análisis crítico de la evidencia científica, 2) identificación de la práctica actual y evaluación del impacto en la adhesión a la LM, 3) definición de actuaciones específicas e identificación de competencias para aplicarlas. El proyecto se difundió con hojas informativas, e-mail, cartelería y seminarios creando un contexto receptivo al cambio. Se realizó un ciclo formativo para aplicar el protocolo, participaron 69 personas, y se pilotó durante 3 semanas.
Resultados obtenidos.
Se obtuvo un protocolo de fomento de LM, incluye folletos informativos y un registro de LM. El pilotaje se realizó sobre el 75% de mujeres atendidas. El 94,3% tiene intención de lactar al nacimiento y, al alta, el 82,9% lacta a demanda; en el 7,3% de partos hubo separación prolongada madre-bebé y el 74,6% puso el bebé al pecho en la 1ª media hora tras el parto, el método madre canguro lo realizó el 37,4%. Incrementó en un 18,5% quienes estimulaban la producción de leche durante la hospitalización y la técnica de LM mejoró en este período en un 13% de madres. Como malas prácticas destacan: el 68,2% usa chupete y biberón y el 51,6% suministra leche artificial. Se valoran positivamente los folletos informativos sobre LM.
Lecciones aprendidas.
La IAP es adecuada para protocolizar la práctica clínica; incluye a profesionales y usuarios en su definición, facilita el consenso y aplicación del protocolo, incrementa los conocimientos, habilidades y cohesión grupal. El pilotaje indica que hay buenas prácticas que se están ejecutando y otras que hay que modificar.

C-358

EVALUACION DE LA INFORMACIÓN SOBRE SANIDAD EN UN MEDIO ESCRITO DE DIVULGACIÓN GENERAL

RABADAN ANTA, MT Y CARRILLO ALCARAZ, A .
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Información, Artículo de periódico. Salud.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido realizado analizando los ejemplares del periódico "La Verdad de Murcia", por una enfermera y un médico, depositados en la Biblioteca Regional.
Descripción del problema/necesidades.
Ante la evidencia del papel divulgativo de la prensa y su responsabilidad como herramienta educativa de masas y generadora de conciencia, es nuestro propósito investigar cómo se asumen estas funciones en un periódico local e indagar cómo se elabora la información sanitaria desde fuera de las ciencias de la salud.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se han analizado los ejemplares del periódico "La Verdad" de Murcia" publicados entre enero y marzo del 2007. Todas las noticias relacionadas con sanidad fueron fotocopiadas y analizadas, extrayendo información mediante un protocolo de recogida de datos construido "ad hoc". La asignación de una noticia al ámbito sanitario se realizaba por los investigadores de forma independiente, y ante discrepancia se realizaba consenso. Las variables se expresan como porcentajes y las comparaciones se ha realizado mediante prueba Ji2 de Pearson y tendencia lineal.
Resultados obtenidos.
Se han evaluado 90 números del periódico, obteniéndose 549 noticias relacionadas con sanidad (5.9 noticias/día). La publicación por meses muestra una distribución homogénea con un 36.1% de noticias en enero, 35.2% en febrero y 28.8% en marzo. La distribución según días de semANA muestra un máximo el sábado (23.1%) y un mínimo el lunes (8.4%). La localización de la noticia en la pagina del periódico muestra un 33.3% en la parte lateral, 29.1% en la superior, con un 12.9% de noticias que ocupan una pagina completa o casi completa. El 20% de las noticias eran sobre sucesos de índole sanitario seguido de 12% sobre política sanitaria. El tipo de noticia era articulo en el 79.8%, seguido de reportaje en 11.2%, entrevista en 6% y encuesta en 3%. El interés se definió como general en 69.8% de los casos, 14.2% científico y 16% ambos, siendo mas frecuente en enero las noticias de interés general y lenguaje divulgativo ($p<0.001$), Las noticias que ocupaban la pagina completa eran mas frecuentes en fin de semANA que en día laboral ($p<0.001$) así como el interés general sobre el científico ($p=0.028$).
Lecciones aprendidas.
Las noticias sobre salud se centran sobre todo sobre sucesos mas que en problemas de importancia. Es necesario incluir la información sanitaria en nuestros medios mediante periodistas especializados, ya que la salud es el resultado de todas nuestras acciones cotidianas y necesita de informadores preparados para ello.

C-359

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA: PROPUESTA DE HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS

LATORRE GUISASOLA, M.; BILBAO UNIBASO, I; ANERO CALVO, E; BRAVO SUAREZ, E; OMAETXEBARRIA LEGARRA, E. Y ELVIRA ANDRÉS, E..
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Decisión, Implicación, Evidencia

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se desarrolla en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de asistencia sanitaria pública especializada a una comarca de 370.000 personas, así como al resto de la Comunidad Autónoma Vasca y otras Comunidades autónomas en los servicios de referencia.

Descripción del problema/necesidades.

Los equipos de trabajo necesitan utilizar equipos tecnológicos con características técnicas específicas para la adecuada realización de su actividad La complejidad cada vez mayor de la adecuación de las instalaciones y el mantenimiento de los requerimiento de estos equipos La complejidad de los procedimientos legales para su adquisición La necesidad de minimizar el coste de la tecnología que se incorpora en el arsenal diagnóstico y terapéutico del hospital OBJETIVO: Diseñar un circuito que permita coordinar estas actividades y establecer las responsabilidades en cada una de sus fases.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La Unidad de Calidad se puso en contacto con las personas que mayor conocimiento tenían de la sistemática de adquisición de equipos en el hospital y, mediante una serie de nueve reuniones, entre marzo y junio de 2008, este grupo de trabajo ha diseñado: 1. Un circuito que cubre desde que se realiza la solicitud del equipo por el responsable médico, la realización de los informes de consulta y la decisión de adquisición, hasta su puesta en funcionamiento en el servicio/unidad correspondiente. 2. La estructura de una herramienta de organización y coordinación que permite conocer la situación de la adquisición del equipo en cada momento.
3. En junio de 2009 se dispone de una herramienta piloto para realizar las pruebas y establecer las primeras conclusiones

Resultados obtenidos.

-Se ha diseñado una aplicación informática que recoge la trazabilidad de los equipos de nueva incorporación. -Cada responsable accede a sus propias funciones, tanto de introducción como de solicitud de información -Los usuarios tienen acceso a conocer la situación de cada una de sus solicitudes y del lugar en el que están “paradas”

Lecciones aprendidas.

1. Esta herramienta facilita el análisis de los tiempos de adquisición y puesta en funcionamiento y permite identificar los “cuellos de botella” que dificultan el desarrollo ágil de este proceso 2. Introduce una cultura de responsabilidad en la introducción de nueva tecnología, teniendo cada solicitante que incluir requisitos de solicitud sin los cuales la adquisición no seguirá su recorrido

C-360

CALIDAD EN C.M.A. DE LA UNIDAD DE D.C.R. ENDONASAL

SÁNCHEZ GARZÓN, M.; AURIGUIBERRY,J. Y ROMERO PADILLA,A. .
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILO DE GRANADA

Palabra clave : C.M.A.

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Hospital Clínico Universitario “San Cecilio” de GRANADA En el servicio de Otorrinolaringología, con la participación del servicio de Oftalmología y la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Participaron médicos: otorrinolaringólogo y oftalmólogo, y DUE (diplomado universitario de enfermería)

Descripción del problema/necesidades.

Sobre la estancia media del paciente en la unidad de CMA La mejoría de los resultados de la cirugía. Dialogando con el paciente Mediante una encuesta en la que se valoraba del 0 al 10 su opinión sobre las diferentes áreas. Mediante otra encuesta en que se le preguntaba sobre su enfermedad y la repercusión de la misma en su calidad de vida cotidiana.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En 88 pacientes con epifora e interviniéndolos mediante DCR endonasal oftalmólogos, otorrinolaringólogos y diplomados universitarios de enfermería.
mediante reuniones y valorando entre todos las encuestas
El proyecto se realizó en 2 años con 3 etapas de unos 7 meses cada una.

Resultados obtenidos.

La mayor calidad de esta técnica por su menor morbilidad y menor coste.
obteniendo el 88% de curación de su patología, un 10% de mejoría y un 2% de fracasos.
Si. La necesidad de anestesia local y/o sedación de los pacientes, acortando los tiempos quirúrgicos

Lecciones aprendidas.

La mejora de nuestro trabajo con respecto a la calidad lo que ha repercutido de forma muy satisfactoria en los resultados obtenidos en la calidad de vida del paciente.
Ser menos individualista e implicar a más personas en el proyecto.
La necesidad de trabajar no solo en una buena técnica sino también en el estado de ánimo de nuestros pacientes

C-361

PARTICIPACIÓN DEL LARINGUECTOMIZADO EN SU MEJORIA DE VIDA COTIDIANA

SÁNCHEZ GARZÓN, M. Y SÁNCHEZ,P..
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILO DE GRANADA

palabra clave: laringuectomizado

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital Clinico Universitario San Cecilio de Granada
En el servicio de Otorrinolaringología
Otorrinolaringólogos y diplomados universitarios de enfermería

Descripción del problema/necesidades.
Sobre la aceptación de la amputación del órgano por parte del paciente.
Aprender a comunicarse con su familia y el exterior.
Dialogando con el paciente.
Mediante una encuesta de calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Dialogando diariamente con el paciente y recogiendo los datos de la encuesta de calidad.
Otorrinolaringólogos y diplomados universitarios en enfermeria mediante reuniones valorando las entevistas y las encuestas recogidas 8 meses.

Resultados obtenidos.
La palabra hablada mediante voz esofágica,
Entrevistando a cada paciente
En un 80% hablaban
Si, pues se necesitaria continuar hasta alcanzar el 100%

Lecciones aprendidas.
Que la cooperación con los distintos rofesionales mejora la coordinación para la recuperación integral del individuo.
Empezar a trabajar desde todos los puntos desde el primer día que se diagnostica al paciente.
Que el laringuectomizado no es una persona invalida.

C-362

CICLO COMPLETO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO CON MEDIDA AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL(MAPA)

LUQUIN MARTÍNEZ, R.*; CÁNOVAS INGLÉS, A.; GARCÍA GONZÁLEZ, AL.; ROS MARTÍNEZ, E.; GUERRERO DÍAZ, B. Y MORALES LÓPEZ, R..
CENTRO DE SALUD DOCENTE CARTAGENA-OESTE

Palabras Clave: Calidad, MAPA, Hipertensión Arterial, Atención Primaria.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó por Médicos de Familia (5) del CSD Cartagena-Oeste y el Jefe de Admisión del HU SªMªRosell. SMS-Cartagena.

Descripción del problema/necesidades.
Definiciones:1. MAPA es la Medida Ambulatoria de la Presión Arterial mediante un monitor portátil llevado por el paciente 24h con determinaciones de PA cada 20´(de8a0h) y 30´(de0a8h). Total:64. 2 .Tensión Arterial Media(TAM ó PAM) normal de la MAPA:<130/80mmHg. El proyecto pretende mejorar la Calidad de la Asistencia que recibe el hipertenso en una Zona Básica de Salud urbana, analizando el grado de control terapéutico de su hipertensión(HTA) con 2 MAPA, 1 antes y 3 meses después del Ciclo de Mejora(CM). El problema se cuantificó analizando a los pacientes(39) con HTA no controlada desde el punto de vista terapéutico (registrados en el OMI-AP de la Cartera de Servicios del SMS y seleccionados según Criterios: 1.Sospecha de bata blanca.2.Por estudio de patrón circadiano.3.HTA límite/lábil.4.Eficacia de tratamiento.5.HTA no tratada, con las excepciones: a.Circunferencia del brazo>42cm. b.Taquiarritmias. c. Negativa del sujeto.d.No Cooperación) de 601 no controlados(68,3%) de un total de 879 hipertensos(>18 años) incluidos en el programa de Crónicos-HTA y pertenecientes a 5 cupos de familia del CS(10.368 usuarios). De los 39 hipertensos citados, se seleccionaron al azar 10 que fueron sometidos a los dos MAPA.

Desarrollo y soluciones aportadas.
La metodología fue de un CM por 6 médicos que aplicaron medidas terapéuticas correctoras, comunicándoselas a los pacientes (previo su consentimiento) del estudio y dando cuenta a los demás facultativos por e-mails y sesiones clínicas. Se desarrolló sobre un diseño con: criterios explícitos-normativos;-dimensión científico-técnica;-datos de resultado;-revisión interna. Obtenidos los datos, se hizo un análisis estadístico de medidas apareadas para comprobar si la intervención fue clínicamente eficaz.

Resultados obtenidos.
En la MAPA- 1ªFASE:Los 10 pacientes presentaban HTA. Tensión Arterial Media(TAM) de los 10 pacientes:158,40(IC-95%:152,98163,52mmHg)/91,80(IC-95%:85,72-97,88). En MAPA-2ªFASE a los 3 meses: El paciente-5 tenía HTA. En TAM de los 10 pacientes:125,90(IC-95%:120,22-131,58 mmHg)/74,60(IC95%:72,33-76,87). La TAM sistólica bajó 32,50mmHg;IC95%(25,2839,71mmHg),p=0,000003. La TAM diastólica bajó 17,20mmHg;IC95%(11,03-23,37mmHg),p=0,0001.
Lecciones aprendidas 1.-Los Ciclos de Mejora son útiles para mejorar la Calidad de la Asistencia a los pacientes hipertensos. 2.-Los Ciclos de Mejora permiten aumentar la efectividad clínica en resultados intermedios, en este caso la disminución de la Tensión Arterial.

C-363

LA VOZ DEL CLIENTE EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

HIJÓS LARRAZ, LA; RUBIO BUISÁN, L; FIGUERAS ARA, C; GIMÉNEZ SENDER, M; ARA LAÚNA, D Y MARTÍNEZ SÁNCHEZ, R.
GRAÑEN

Palabras Clave: voz del cliente, participación, percepción, satisfacción

RESUMEN

Contexto de partida.

En la introducción de la gestión por procesos llevada a cabo en el Centro de Salud de Grañen (Huesca), y con el fin de ver sus aspectos pragmáticos, se focalizó la actividad en el proceso estratégico de voz del cliente.

Descripción del problema/necesidades.

Nos planteamos abordar el proceso estratégico relativo a la voz del cliente con el objetivo de conocer el nivel de satisfacción con el servicio sanitario, y más concretamente sobre la percepción de la accesibilidad, dedicación, confidencialidad, coordinación entre profesionales, trato e interés y el conocimiento sobre nuestros servicios.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Encuesta semiestructurada, compuesta de preguntas sobre satisfacción usuarios (17), datos generales(4) y expectativas sobre el sistema sanitario (1). Muestreo estratificado por poblaciones asignadas a misma unidad médico-enfermera. N=161. α=0,05. Para garantizar una fiabilidad y utilidad adecuada se realizó de forma externa, por personal ajeno al centro.

Resultados obtenidos.

La accesibilidad se considera adecuada o muy adecuada en el 92% . El 32, 9 % accede mediante cita previa y un 0,6% a través del servicio de atencion continuada. El tiempo medio estimado de espera es de 1630 minutos en el 53,4%. La distancia media en tiempo estimada desde su domicilio al centro de salud y/o consultorio local es de 10, 9 ±6,3 minutos. El tiempo dedicado por el personal sanitario se considera adecuado y muy adecuado por el 93,8% y 92,6% de los usuarios. La confidencialidad es adecuada en el 95 % de las encuestas. La coordinación entre el médico/a y enfermero/a es alta o muy alta en el 94,5%. La continuidad de la asistencia sanitaria es percibida como alta o muy alta en un 90,7%. El trato e interés respecto al personal de admisión es alto o muy alto en un 85,1% , al médico de un 94,5% y al personal de enfermería es de un 93,2% El grado de conocimiento de los distintos servicios ofertados oscila entre el 97,5 % del servicio de atención continuada y los 55,4% del servicio de trabajador social y 57,5 % del servicio de matrona.

Lecciones aprendidas.

El grado de satisfacción encontrado podemos considerarlo elevado, pero sería conveniente verificar los resultados mediante comparaciones entre los distintas condiciones estructurales distintas. Señalar que los altos índices de satisfacción encontrados dificultan la utilización de los mismos como indicadores del proceso. Entre las medidas de mejora detectadas en este proceso, encontramos la información a la población de los distintos servicios que ofrece actualmente el centro de salud en su cartera (atención a la mujer y trabajo social).

C-364

INFORMACIÓN SANITARIA A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI: LA VISIÓN DE LAS FAMILIAS. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

ALONSO OVIES, A.; ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, J.; GARCÍA GÁLVEZ, MM.; VELAYOS AMO, C.; LUENGO ALARCIA, MJ. y SEOANE PASCUAL, L..
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Palabras Clave: Relaciones médico-paciente, Cuidados intensivos, Investigación cualitativa

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Estuvieron implicados en él médicos intensivistas, enfermeras de cuidados intensivos y sociólogos de la empresa CIMOP.

Descripción del problema/necesidades.

La mala comunicación entre personal sanitario y familiares es el principal factor de la insatisfacción con respecto al trato recibido expresada por familiares de pacientes ingresados en UCI. Pretendemos conocer mediante técnicas de investigación cualitativa las necesidades de información de los familiares y la vivencia que tienen de la misma, el grado de comprensión de la información recibida, así como favorecer la comunicación con las familias mejorando nuestras prácticas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizaron 10 entrevistas personales a familiares de pacientes que estuvieron ingresados en UCI, seleccionados en función del grado de parentesco, sexo y duración de ingreso. La participación en el estudio fue voluntaria, siendo invitados mediante aviso telefónico, conociendo todos los participantes previamente la existencia del proyecto (se les repartió una hoja informativa al alta de UCI). Las entrevistas fueron gravadas y transcritas, tras lo que siguió el análisis del discurso.

Resultados obtenidos.

El análisis discursivo de las entrevistas nos permitió conocer:

• la posición subjetiva del familiar (la angustia, la espera)
• lo que representa la UCI para el familiar (lugar para pacientes críticos, pacientes inconscientes, gran vigilancia y control)
• la percepción de los cuidados en UCI (delegación de cuidados, eficiencia e impersonalidad, rigidez en normas y horarios)
• la percepción de la información médica (demandan sinceridad, cariño, cercanía, atisbo de esperanza, puntualidad, continuidad del médico informador, lenguaje comprensible, diálogo, tiempo)
• el papel de la enfermería para el familiar (confidente, complicidad en los cuidados)

Lecciones aprendidas.

Los resultados de este estudio nos han ayudado a modificar nuestras prácticas de información y atención a los familiares de pacientes críticos, mejorando la calidad humANA de nuestra asistencia. Al conocer sus sentimientos hemos intentado realizar una información más cercana, sin apremio de tiempo, utilizando una terminología más comprensible y facilitando un diálogo que resuelva sus inquietudes y ansiedad. Se intenta cumplir puntualmente con los horarios de información médica para evitar la angustia de la espera. Todo ello se ha plasmado en un “Plan de acogida para familiares de UCI”.

C-365

ANALISIS DE LAS OPINIONES QUE CIRCULAN EN INTERNET SOBRE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CATALUÑA

* AGUADO, H; CERDA, I; BROSA, F Y SABATÉ, JM.
SERVEI CATALÀ DE LA SALUT - CATSALUT

Palabras Clave: Ciudadanos, profesionales, opinión, Internet, atencion sanitaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto impulsado por la dirección del Servei Català de la Salut, esta gestionado por la Unidad de Calidad, en colaboración con profesionales de las TIC y tiene lugar en el mundo virtual de Internet.
Descripción del problema/necesidades.
La opinión vertida en la red tiene características que la hace diferente de la que se puede acceder por otros medios, espontaneidad, inmediatez y rápida difusión, tratándose de una fuente que puede aportar información interesante y en tiempo prácticamente real sobre las corrientes de opinión en relación a los temas sanitarios. Dado que el CatSalut considera un objetivo estratégico incorporar la voz del ciudadano en la gestión de las organizaciones y consolidados los sistemas de medida de la calidad percibida y satisfacción por parte de los usuarios de los servicios sanitarios públicos contratados, se valora como necesario incorporar de forma sistemática la opinión que circula por Internet, dado su progresivo incremento e importancia social.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Un grupo de expertos en investigación social y gestión sanitaria definen y revisan periódicamente, sobre qué áreas de actuación sanitaria (temas) y sobre qué actores (responsables políticos, instituciones, etc) se debe realizar el proceso de monitorización y de cuantificación de la información contenida en las corrientes de opinión en Internet. Para ello se diseño un modelo de agrupadores que permite una explotación objetiva de los datos, con el objetivo de incorporar mejoras en la gestión, de forma rápida y sistemática. El proyecto se inicio en abril de 2008 y hasta mayo de 2009 ha accedido a más de 12.000 opiniones que de forma libre han circulado por la red.
Resultados obtenidos.
La información obtenida es considerada complementaria a los datos que se obtienen mediante el Plan de encuestas de opinión y satisfacción de los ciudadanos que han utilizado el sistema sanitario público. Las opiniones de la red, permiten de forma periódica, identificar la incidencia de políticas sanitarias y actuaciones a dos niveles: una valoración general de la estructura, organización y respuesta del sistema sanitario y otra más local y puntual que es la de revelar situaciones de conflicto o temas coyunturales.
Lecciones aprendidas.
Es una herramienta excelente de priorización. Internet es un medio de y para la comunicación en continua expansión que se debe incorporar de forma paulatina en la escucha del ciudadano. Las características particulares de la red, su inmediatez y anonimato, ofrecen un extenso campo a explorar y explotar en la detección de realidades, necesidades y expectativas por parte de la ciudadanía.

C-366

ESTUDIO DE OPINIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA (ICO)

JOAQUIM ESPERALBA IGLESIAS; ANA BLASCO PAGÉS; ROSA MONTOLIU VALLS; ALBERT GARCÍA RODRÍGUEZ Y ESTER CORRALES BAZ.
INSTITUTO CATALAN D'ONCOLOGIA

Palabras Clave: Satisfacción, Opinión, Ciudadano

RESUMEN

Contexto de partida.
El objeto del estudio ha sido conocer el grado de satisfacción de las personas (pacientes y familiares/cuidadores) atendidas en las diferentes modalidades de servicio que se ofrece en los centros de la institución. Son centros monográficos que atienden a pacientes con enfermedades hemato-oncológicas. Este proyecto fue aprobado por el Centro de Estudios de Opinión de la Generalitat de Catalunya. El estudio se adjudicó por concurso público en mayo de 2008.
Descripción del problema/necesidades.
Disponer de: datos globales de satisfacción como grupo y por centro; datos desglosados según los diferentes factores implicados en la satisfacción; datos desglosados según modalidad de servicio; datos comparativos por territorio o centro.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Personas atendidas durante el año 2008. Entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI), mediante 4 cuestionarios dirigidos a pacientes y familiares y 1 cuestionario dirigido a familiares de exitus, con 35 preguntas comunes y 10 preguntas específicas por modalidad de atención. Tiempo medio de respuesta 10-15 minutos.Muestra: aleatoria estratificada estableciendo cuotas según territorio y modalidad de atención. Total entrevistas 2.480: Pacientes: 1.800; Familiares: 590; Familiares de exitus: 90.La participación en la encuesta fue propuesta por carta a los pacientes y sus familiares seleccionados, a los familiares de exitus fue por llamada telefónica desde Atención al Ciudadano. El período de estudio fue de 5 meses (Julio-diciembre 2008).
Resultados obtenidos.
Perfil sociodemográfico de los entrevistados. Relación de los ítems con valores bien/muy bien 90% y no muy bien/nada bien  75%, globales y por centro.
Lecciones aprendidas.
No se han observado diferencias significativas entre los grupos de población entrevistada de los diferentes centros.Los ítems con valores más altos son los relacionados con el trato, la empatía y la comprensión del personal, la información relacionada con los tratamientos y hospitalización.Los ítems con valores más bajos son los relacionados con contactar por teléfono y falta de puntualidad.

C-367

GÉNERO Y SALUD ¿UNA NUEVA DISCIPLINA?

ISABEL ARANTAVE; CARMEN CANDELA FUSTER; CONCHA SÁNCHEZ RAMOS; CONCHA ARROYO YANES; ROSARIO PRIETOP LLAMAS Y ANTONIO COTRINA DURÁN.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: GENERO, SALUD,

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza en un centro el centros de consultas externas de San Jerónimo en Sevilla, que pertenece al Hospital Virgen Macarena y su área. Intervienen personal médico, personal de enfermeria, tecnicos de radiología y celadores

Descripción del problema/necesidades.
Queremos conocer de qué manera la variable de género es problema/ considerada por nuestros profesionales a la hora de necesidades, prestar atención al cliente y en qué grado.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras una busqueda bibliografica intensa, se confecciona un cuestionario para alcanzar nuestro objetivo. Este cuestionario pasa previamente por un pilotaje que nos obliga a hacer algunas modificaciones y queda validado. Tras esta primera fase se pasa el cuestionario a los profesionales. Los resultados son analizados y se elabora un plan de accion para cubrir las deficiencias detectadas.

Resultados obtenidos.
Estamos en la fase de implantacion de este plan que pasa por la formacion de los profesionales y modificaciones en determinacion practicas que ser ealizan.

Lecciones aprendidas.
La variable genero no puede ser olvidada o pasada por alto al prestar la atencion sanitaria, para ello es necesario que se haga un esfuerzo intencionado y voluntario para introducirlo en nuestra practica clinica.

C-368

ESTUDIO CUALITATIVO EN GRUPOS DE CUIDADORAS SOBRE COMPETENCIAS EXIGIBLES A dS LESIOUALES DE ECIO COMPASOMC.S TEORAIO RAMCUSOC.a

EO prooecto se regciii en las tolas iasecas de egcgs deO prel

C-369

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PARTO DE LAS MUJERES EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ DE CUENCA

GOMEZ SANTILLANA, M.; LAZARO LOZANO, M.; OCAÑA ANDRES, C.; GARCÍA MEDIAVILLA, Z. Y GARCÍA JIMENEZ,M..
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

Palabras Clave: Encuesta, Satisfaccion, Parto.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Virgen de la Luz como trabajo de investigación de las estudiantes de matronas, con el asesoramiento de la Comisión de Investigación y la Unidad de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

La asistencia sanitaria, además de medirse en términos de eficacia, efectividad y eficiencia, debe medirse en términos de percepción por parte del paciente, de su dolor o autonomía, su sensación de bienestar físico y mental, con el fín de valorar su punto de vista y considerar sus preferencias y expectativas. Bajo esta premisa nos planteamos como objetivo, conocer el grado de satisfacción de la experiencia del parto de las mujeres en el hospital virgen de la luz de Cuenca.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseño un estudio observacional, descriptivo transversal cuyo soluciones aportadas ambito de estudio fueron las gestantes de la provincia de Cuenca estudiándose las que acudieron entre el 1/3/08 y el 15/03/09 y que terminaron con parto vaginal. Se utilizó un cuestionario autocumplimentado y anónimo, que fue entregado a la mujer durante el puerperio inmediato. Se analizaron variables sociodemográficas, obstetricas, y de satisfacción.

Resultados obtenidos.

Durante este periodo se realizaron 310 partos, dando el cuestionario a 203 mujeres (65,5% del total) con una tasa de respuesta del 95,% .

Los resultados fueron los siguientes: edad media:30 años+/- 6, con estudios secundarios o superiores en el 75%, Nacionalidad española en el 74,84% y con actividad laboral o estudiante en un 58,3%. En cuanto al parto, se le administro la epidural en el 51% de los casos y se le practico la episiotomía en un 60%. Respecto a la satisfacción el 94% estaban satisfechas, con la información , consultandose e informándose en más de un 90% en la realización de las técnicas. En un 92% daban importancia al hecho de estar acompañados por su pareja, un 47% manifestaban deseo de una mayor movilidad y un 53% deseo de beber. Un 76,4% se mostró satisfecho con la comodidad de la postura en paritorio, y el 95% consideró que se respetó su intimidad. El 84% daba importancia a conocer el nombre de las personas que le atendieron, y se sintió apoyada cuando sintió dolor en un 98%. El 99,5% manifestarón que el trato fue respetuoso y humano.

Lecciones aprendidas.

El grado de satisfacción global ha sido elevado, respetandose la preferencia y necesidades de la mujer, en una asistencia humanizada.

No obstante, más de la mitad de las mujeres manifiestan su deseo de beber, demanda que deberemos tener en cuenta a la hora de adecuar la práctica clínica.

C-370

DOLOR CRÓNICO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS. ¿CÓMO DAR RESPUESTA?

SAMPER, E; GODOY, I; SANCHEZ, D; PADILLA, C Y ESTEVE, J.
HOSPITAL DOS DE MAIG

Palabras Clave: dolor crónico, anciano

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en el Hospital Dos de Maig,por el equipo de enfermería de una unidad médica.

Descripción del problema/necesidades.

Algunos estudios muestran que entre el 73% y el 80% de los ancianos presentan dolor crónico,lo cual viene a complicar un poco más la situación,de por sí muy difícil,para muchos ancianos. En nuestro centro no existe un servicio que controle a los pacientes con dolor crónico.Por ello nuestro objetivo era conocer su incidencia y sus consecuencias en los pacientes que nos ingresan.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se elaboró un cuestionario en el que se recogían variables referentes a: edad y sexo,nivel de dependencia,localización del dolor,intensidad,presencia de limitaciones para ABVD,tipo de tratamiento,prescriptor,vía de administración,regularidad,tratamiento alternativo. Se entrevistó a todos los pacientes>70 años que ingresaron en la unidad entre el 1/3/09 y el 1/5/09.Excluimos a los que presentaban deterioro cognitivo.

Resultados obtenidos.

Se incluyeron 100 pacientes,el 63% presentaban dolor crónico,56% mujeres,edad media 79 años.51% autónomos y el 5% con una dependencia total para las ABVD.

La valoración del dolor se hizo con la escala la escala visual analógica(EVA),el 65%referían un EVA>5,el 16% manifestaban no entender la escala.

El 84% de localización osteoarticular.

El 65% referían limitaciones en su vida a causa del dolor. Destaca que tres pacientes con EVA>7 respondían que no limitaba vida.El 100% de los pacientes tratados con opiáceos respondieron afirmativamente a esta pregunta.

El 100% tomaban algún fármaco para controlar el dolor,37% 2 o más.

Al 79% los controlaba su médico de cabecera,el 3% una clínica del dolor y el 10%se automedicaba.Destacamos que 3 de los pacientes con EVA>6 se automedicaban.

El 57% tomaban la analgesia solo cuando tenían dolor,el 43% de forma pautada fija.

El fármaco más utilizado,el Paracetamol,(65%).Con opiáceos se trataba el 3%.El 10%no recordaban el nombre del fármaco.

Del 10% que se automedicaba,el 83% lo hacía con Paracetamol.

Lecciones aprendidas.

A pesar de que la EVA es una escala validada, tenemos dudas de su uso en ancianos por su comprensión, el 16%no supieron responder.

Creemos que deberíamos cambiar la escala por otra más adecuada para ellos, por ejemplo la de caras.

El 10% se automedican,no existe un control sanitario. Casi el 60%no toma correctamente el tratamiento, puesto que no siguen una pauta fija de analgesia.

Por todo ello,creemos que debemos dar prioridad a la creación de un protocolo consensuado por los diferentes niveles asistenciales,dirigido a mejorar el dolor crónico para optimizar la calidad de vida.

C-371

LA CALIDAD PERCIBIDA COMO MEJORA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: ANÁLISIS DE RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS

TEJERO, J.M.; RUBIO, M.; HERNÁNDEZ, S.; ALONSO,B. Y GUTIÉRREZ, R.
SECRETARÍA GENERAL DEL SESCAM

Palabras Clave: Calidad, Percibida, Reclamaciones, Mejora.

RESUMEN

Contexto de partida.

Secretaría general del SESCAM. Área de seguridad del paciente y calidad percibida. Servicio de atención al usuario. Profesionales del servicio. Profesionales de las oficinas de calidad y atención al usuario de las gerencias.

Descripción del problema/necesidades.

Las reclamaciones son, en sí mismas, mecanismos de participación que los usuarios pueden utilizar en su relación con los servicios de salud; por un lado, son un canal de participación y de opinión directa entre los ciudadanos y el sistema sanitario, y por otro lado, un instrumento complementario junto con encuestas de opinión, informes de usuarios, entrevistas personales, grupos focales, informadores clave, etc., Para detectar problemas y oportunidades de mejora en el funcionamiento de los servicios. Dentro de la estrategia de confortabilidad del sescam se contempla el objetivo estratégico de “mejorar la información y comunicación con el paciente” y el de “mejora de la gestión de reclamaciones”.

Desarrollo y objetivo:

medir el impacto de la reingenierización del proceso de gestión de las reclamaciones de los usuarios del sescam (gráfico i: diagrama de flujo del proceso de gestión de las reclamaciones). Mediante técnicas de mejora de la calidad (ciclo pdca), encolaboración entre el servicio de atención al usuario del área de seguridad del paciente y calidad percibida, el área de tecnologías de la información y las oficinas de calidad y atención al usuario de las diferentes gerencias del sescam durante el primer semestre del 2009 se han elaborado indicadores de calidad percibida para integrarlos en los cuadros de mando de las gerencias y permitir el despliegue de acciones de mejora de la calidad asistencial.

Resultados obtenidos.

Se presentan los resultados cuantitativos del análisis de la información, integrada en los cuadros de mando de las gerencias del sescam, la relación de acciones de mejora emprendidas y la medición del impacto alcanzado por las acciones.

Lecciones aprendidas.

Se presentan las conclusiones elaboradas por los responsables de las oficinas de calidad y atención al usuario, a partir del análisis del impacto de las acciones emprendidas.

C-372

PAPEL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD CLINICA

RUIZ GARCÍA, A; CAMPOS ROMERO, A; MIÑARRO DEL MORAL, RM; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M; MILLAN CASADO, M Y MOHEDANO A.
UNIDAD DE CALIDAD.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio realizado por profesionales del Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía, varios de ellos miembros de la Comisión de Seguridad del Hospital.

Descripción del problema/necesidades.

Entre los Objetivos Específicos de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de Andalucía figura “Fomentar la implicación del paciente y de las personas cuidadoras” en su propia seguridad. Con objeto de proponer la incorporación de actuaciones en esta línea en el seno de nuestro hospital se revisa la bibliografía relativa a las iniciativas llevadas a cabo para promover la participación de los propios pacientes en los temas de seguridad en nuestro ámbito.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Revisión bibliográfica de las políticas desarrolladas para sobre participación del paciente en su propia seguridad.

Resultados obtenidos.

Se han puesto en marcha distintas iniciativas para propiciar la participación de forma activa del paciente en su propia seguridad. Desde la facilitación de de preguntas-tipo sobre diversas prestaciones (medicación, realización de pruebas, diagnóstico, tratamiento, intervención quirúrgica) a la verificación de la comprensión de la información facilitada en el consentimiento informado.

Lecciones aprendidas.

La participación del paciente puede contribuir a disminuir diversos tipos de errores (de identificación, de administración de fármacos, cirugía en lugar erróneo) en los hospitales del SSPA.

C-373

MEJORA DE CALIDAD EN LA LOGÍSTICA INTEGRAL DE SUMINISTROS HOSPITALARIOS: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VIRGEN MACARENA

AGUILAR ESCOBAR, V. G.; RIVERO LEÓN, S.; GODINO GALLEGO, N. Y ARANA SOLARES, I. A..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA Y ÁREA

Palabras Clave: Calidad, Logística, Suministro Hospitalarios

RESUMEN

Contexto de partida.

El presente trabajo se realizó en la subdirección de Logística y Compras perteneciente a la dirección Económica-Administrativa del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, involucrando a personal de compras, almacén, sistemas y responsables de GFH´s.

Descripción del problema/necesidades.

El aumento de la demanda asistencial en el Hospital Virgen Macarena ha provocado que la logística de suministro de bienes y servicios necesidades sanitarios tenga que incrementar su actividad y dar servicio a más centros, sin embargo la capacidad y las condiciones del almacén general, no podía hacer frente a las nuevas realidades de la demanda asistencial, a esto se le agrega el aumento de los niveles de inventarios implicando mayores costes. Dada esta situación se realizo un análisis causa-efecto para apoyar la toma de decisiones y establecer líneas estratégicas de actuación

Desarrollo y soluciones aportadas.

El análisis de la situación de compras y logística del hospital, nos hizo identificar las siguientes fases de actuación: 1. Establecimiento de indicadores de gestión y control de calidad del área 2.Puesta en marcha de medidas de reducción de stocks, plazos y defectos 3.Implantación de una Plataforma Logística sustitutiva del antiguo almacén general 4.Adjudicación de la actividad de distribución de las mercancías a una empresa externa especializada en logística hospitalaria 5.Desarrollo de un plan de mejora de los almacenes de planta y la implantación de un sistema Kankan

Resultados obtenidos.

Los resultados más significativos son: 1.En calidad de servicio, el número de pedidos servidos en los tiempos prometidos alcanzaron una cifra del 99,9% 2.La calidad de la entrega aumento haciendo envíos diarios a urgencias, tres veces por semANA a UCI y dos veces en semANA a quirófanos, Al resto, se sirve una vez a la semANA 3.Los inventarios se han reducido aproximadamente un 50% 4.De la revisión de niveles de inventario en los almacenes de planta se ha recuperado 140.000 € de inventario para el almacén general 5.Mejora de las condiciones laborales, incremento de productividad y la reducción del riesgo de accidentes

Lecciones aprendidas.

Es posible tener bajos niveles de stock y al mismo tiempo niveles de ruptura prácticamente nulos. Es más, podríamos afirmar que el objetivo de cero inventarios ha provocado la necesidad de un conjunto de mejoras que afectan a numerosos aspectos de la calidad en el proceso logístico como por ejemplo la reducción de plazos, la exigencia a proveedores, la atención constante de los niveles de stock de cada artículo, la rigurosidad en las entradas y salidas de mercancía, etc.

C-374

MEJORANDO LA PSICOEDUCACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS ENFERMOS MENTALES MUY GRAVES A TRAVÉS DE UN JUEGO (UPR)

UBIS GÓNZALEZ, AITZIBER ; ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN, AMAIA; GRIVE ISERN, NURIA; JIMÉNEZ GOROSPE, ALFREDO; TOMÉ MAÍZ, ANA Y SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SME DE ÁLAVA

Palabras Clave: Psicosis Refractaria, Juego, Reto, Lúdico, Aprendizaje

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en la Unidad de Psicosis Refractaria a cualquier otro tratamiento en otros dispositivos asistenciales, y estuvo implicada el 100% de la plantilla de todas las categorías profesionales.

Descripción del problema/necesidades.

Las necesidades eran la necesidad de evaluar la terapia y conocer la adherencia al tratamiento en los pacientes con trastorno mental severo (esquizofrenia, trastorno bipolar y patología dual fundamentalmente); potenciar sus habilidades sociales, favorecer el conocimiento de los efectos de la medicación, estimular el cerebro, prevenir las recaídas, ayudar lo máximo posible a las familias, y además actualizar el conocimiento de los profesionales, y todo ello queríamos hacerlo a través de una forma lúdica, ya que por la personlidad e historia de estos pacientes, hasta ahora se había fracasado en intentarlo de otra forma, pues son pacientes que vienen de agotar las alternativas terapeuticas en otras instituciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se llevó a cabo mediante reuniones multidisciplinares de todas las categorías profesionales del equipo terapéutico, utilizando primero el Brainstorming, después dinámica de grupos transversales por categorías, luego generación de preguntas y búsqueda bibliográfica, para más tarde realizar test pilotos a pacientes tanto hospitalizados como en régimen de Hospital de Día, procediendo a una reevaluación y con posterioridad a su maquetación y realización definitiva. Se difundió mediante charlas divulgativas entrevistas a los grupos de interés, y con posterioridad se han regalado varios juegos a dichos grupos de interés.

Resultados obtenidos.

El Juego UPR está consolidado y está siendo utilizado como una estrategia más de apoyo a las diferentes intervenciones terapéuticas en la Rehabilitación Psicosocial de algunos pacientes con trastorno mental severo, con mejoras evidentes en cuanto a conocimientos teóricos respecto a otros pacientes y que no han usado el Juego.El % de pacientes que han demostrado mayores conocimientos teóricos = >90%. El % de pacientes satisfechos con la forma de conseguir los objetivos planteados ha sido del 92%, de profesionales del 96%.

Lecciones aprendidas.

La lección aprendida es que es aplicable en la mayoría de los ámbitos de atención psiquiátrica tipo Hospital de Día, Unidades de Rehabilitación y Unidades de Media y Larga Estancia; así como en los grupos psicoeducativos y de apoyo a familiares como herramienta que facilite la transmisión de conocimientos y el cumplimiento terapéutico. A los demás decirles que con implicación y compromiso se consiguen casi todos los objetivos propuestos.

C-375

COMUNICACIÓN ENTRE A. PRIMARIA Y A. ESPECIALIZADA: PROPUESTAS PARA SU MEJORA

VEGAS MIGUEL, A.; YAGÜE ENCINAS, E.; LEDO VARELA, MT. Y GARCÍA PRIETO, E..
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA- VALLADOLID

Palabras Clave: Comunicación, continuidad asistencial, propuestas de mejora

RESUMEN

Contexto de partida.

Promovido desde la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Río Hortega y la Subcomisión de Formación e Investigación, se realizó un Taller de Trabajo para debatir sobre la situación actual de la continuidad asistencial en nuestro área de salud, y en particular sobre la comunicación entre los profesionales de ambos niveles.

Descripción del problema/necesidades.

Todos somos conscientes que existe una clara separación entre los dos problema/ necesidades niveles asistenciales de un mismo área de salud. Parece que son organizaciones distintas con objetivos no coincidentes. Ésto es nefasto para el paciente que, como un todo indivisible, debe transitar con su problema de salud por ambos sistemas, advirtiendo en muchas ocasiones esa falta de coordinación entre los profesionales que les atienden.

Esta falta de comunicación también es padecida por los propios profesionales a los cuales en muchas ocasiones genera sensacion de frustración y de impotencia. ¿Por qué es tan dificil comunicarnos entrelos profesionales de ambos niveles? Ésta es la pregunta que queríamos hacernos.

La respuesta queríamos que nos la dieran los propios profesionales y además nos propusieran medidas para mejorar.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el taller de trabajo, que se celebró en dos jornadas, participaron 24 soluciones aportadas profesionales, 12 por cada nivel asistencial (8 facultativos, 2 enfermeras y 2 coordinadores).

Para detectar los problemas se utilizó una “Espina de Ishikawa”, para priorizar las carencias sobre las que íbamos a actuar una “Matriz de Priorización” y para definir las medidas a adoptar y realizar las propuestas de mejora un “Mapa Mental”.

Resultados obtenidos.

Las propuestas que se realizaron para mejorar la falta de comunicación fueron: 1.-Establecer espacios bien estructurados de interrelación AP – AE (rotaciones, “Facultativo Docente de Referencia”, sesiones conjuntas, etc).

2.-Motivar/ involucrar al personal que participe en las iniciativas (incentivación económica o con otros medios, acreditación, tiempo, etc) 3.-Establecer canales de comunicación ajustados a las necesidades (teléfono, correo electrónico, web específica, etc) 4.-Procedimentar algunas actuaciones en la continuidad AP – AE (procesos más frecuentes, guías de derivación, etc)

Lecciones aprendidas.

Para mejorar la comunicación entre AP-AE, es necesario… - Trabajar como una sola organización - Disponer de una estructura organizativa, adecuadamente dotada, que favorezca la comunicación - Motivar a los profesionales que participen en estas iniciativas - Disponer de sistemas de información (HCE) integrados que favorezcan y faciliten la continuidad

C-376

LA MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UNA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE LA SALUD MENTAL.

JORDI CAÑADA NOGUES; ALEJANDRO GONZÁLEZ CACERES; MONTSERRAT TORIBIO PRIETO; YOLANDA GARCÍA CARO Y JOSEP RAMOS MONTES.
SANT JOAN DE DEU - SERVEIS DE SALUT MENTAL

Palabras Clave: Satisfacción

RESUMEN

Contexto de partida.

Para impulsar y desarrollar el Plan de Calidad, en el año 2007 se creó la Unidad de Gestión de la Calidad como un órgano matricial que forma parte de la Dirección de Planificación y Coordinación Asistencial. La satisfacción del usuario es un indicador indispensable del buen funcionamiento de los servicios, no se trata únicamente de recopilar y analizar una información para identificar aspectos que puedan ser susceptibles de mejora, sino que esta información sea utilizada para acciones reales de cambio o mejora.

Descripción del problema/necesidades.

Se plantea mejorar la metodología para la medida de la satisfacción del usuario, así como enfocar el indicador con los planes de acción posteriores. Se realiza un análisis detallado del diseño y de los contenidos, atendiendo a las recomendaciones de la “Health Literacy” (alfabetización en la Salud) y las recomendaciones de la Administración. Pero teniendo en cuenta el resultado de grupos de trabajo y detección de aspectos que es necesario mejorar.

Desarrollo y soluciones aportadas.

FASE 1: a) Creación de las encuestas mediante los criterios establecidos. b) Información a los equipos de los servicios de los cambios y de la propuesta de las tres preguntas que pueden añadir. c) distribución de las encuestas entre sus usuarios.

FASE 2: La unidad de Gestión de Calidad recibe el resumen de las encuestas, realiza el análisis de la información y lo devuelve a cada servicio.

FASE 3: En las reuniones de equipo de cada servicio y a partir de los resultados cuantitativos y cualitativos de las encuestas se trata de debatir: - Sobre qué aspectos es necesario tomar decisiones, - Qué decisiones es necesario tomar, - Qué datos son adecuados para tomar estas decisiones de mejora - Y se establece una temporalización de las acciones a realizar

Resultados obtenidos.

Es necesario promover más la implicación, durante el proceso, de los profesionales de los equipos de los servicios. Esto conlleva que éstos puedan hacer suyas estas acciones que proponemos y las vean útiles y realistas. Para hacerlo, pretendemos que participen con anterioridad, es decir, que formen parte de la misma elaboración de los instrumentos de medida. El objetivo general de todo este planteamiento es que en la institución se normalice el interés por el conocimiento necesario (y si es necesario cambiar cualitativamente de nuestros servicios), haciendo así evaluaciones continuas, progresivas y readaptables periódicamente.

Lecciones aprendidas.

Por la tanto, estamos convencidos de que siempre es posible optimizar la relación con el usuario. Utilizando una metodología más clara y cercana a él.

C-377

LOS CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES,CLIENTES DE LA CARTERA DE SERVICIOS ENFERMEROS EN EL HOSPITAL VIRGEN MACARENA

CASTAÑEDA PALMA, M *; RAMÍREZ LÓPEZ, E ; ASENSIO PÉREZ, R ; SÁNCHEZ MEDINA, N ; PALOMO LARA, JC Y PRIETO GUERRERO,M. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Palabras Clave: cuidadoras, enfermería, cartera de servicios, dependencia

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Virgen Macarena y Área. Unidades de hospitalización de adultos. Enfermas Gestoras de Casos y Enfermera de la Unidad de Atención al Cuidador.

Descripción del problema/necesidades.

Nos planteamos mejorar la atención a los cuidadores durante el tiempo de hospitalización y pusimos en marcha medidas para llevar a necesidades cabo tal fin. Para ello era necesario conocer qué tipo de cuidadores teníamos, número y distribución dentro del hospital, edad media y proporción de los cuidadores que presentaban problemas de salud.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En 2008 realizamos tres cortes de prevalencia de pacientes dependientes y sus cuidadores en las unidades hospitalarias deadultos. Éstos se llevan a cabo por tres enfermeras pertenecientes al Centro Coordinador de Cuidados .A los pacientes se les realizó el Test de Barthel y a aquellos que presentaron dependencia se les interrogó sobre las características de las cuidadoras.

Resultados obtenidos.

Unidades seleccionadas: 17 Total de pacientes valorados: 1329 Pacientes dependientes: 35,21% Tipo de cuidador de pacientes dependientes: 14,35% no tienen cuidador 3,63% tienen cuidador contratado 81,84% tienen cuidador familiar Del total de cuidadores familiares el 57,7% presentaba problemas de salud Las unidades con mayor prevalencia de pacientes dependientes fueron las de Neurología, Medicina Interna, Hemato-Oncología y Traumatología Con éstos resultados el HVMA puso en marcha medidas para favorecer la atención de dichos cuidadores: Extender la captación activa de cuidadores a centros periféricos de especialidades del Área Fomentar la captación activa de cuidadores de pacientes dependientes mediante su identificación en la valoración inicial de enfermería a al ingreso Enfocar el trabajo de la Enfermera Gestora de Casos y el de la enfermera de la Unidad de Atención al Cuidador hacia las unidades con mayor prevalencia de pacientes dependientes y cuidadores. Realizar formación en servicio de los profesionales de las unidades mencionadas sobre Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, Plan de Atención a cuidadores Familiares en Andalucía y la Tarjeta + Cuidados, para reforzar la figura del cuidador como cliente en la cartera de servicios enfermeros

Lecciones aprendidas.

Con estas medidas hemos incrementado la detección del número de cuidadores y la implicación de los profesionales de enfermería en la atención de sus necesidades de cuidados Es necesario orientar la practica enfermera hacia la consideración del cuidador principal como sujeto activo de nuestra disciplina , más allá de su papel como colaborador en los cuidados del paciente dependiente en el hospital

C-378

GUIA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA,INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS,GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MEJORA DE CALIDAD CUIDADOS

MARTINEZ OROZCO,M.A.; PÉREZ TRUJILLO,A.; LOPEZ HURTADO,B; DE LA TORRE BRBERO,MJ; RECIO GOMEZ,J Y RODRÍGUEZ PALMA, MC. CENTRO DE SALUD LEVANTE NORTE

Palabras Clave: Calidad, Continuidad Inter-Niveles, Mejora Continua

RESUMEN

Contexto de partida.

La Comisión de Continuidad de Cuidados de Área es un elemento para la mejora de la calidad asistencial. Constituida por enfermeras del Hospital Reina Sofía, Distritos Córdoba, Guadalquivir y Sur. Entre sus funciones está facilitar la continuidad asistencial estandarizada a grupos de pacientes vulnerables con necesidades similares. Uno de éstos son los pacientes portadores de catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo(port-a-cath). En el año 2008 como objetivo:elaboración de guía de actuación compartida para el cuidado de éstos pacientes.

Descripción del problema/necesidades.

Asegurar la continuidad de cuidados en los diferentes niveles asistenciales a pacientes con port-a-cath.Contribuir a la disminución de la variabilidad en la práctica clínica en el manejo de éste tipo de catéteres, utilizando la evidencia disponible.Elaboración de guía de actuación compartida para el cuidado de accesos venosos. Evitar desplazamientos de los pacientes para el cuidado de los dispositivos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La guía ha sido elaborada por un grupo de mejora formado por componentes de la Comisión de Cuidados incorporando profesionales de AP y AE, expertos en el tema y se ha consensuado con los servicios y/o unidades hospitalarios implicados. Se ha realizado análisis de situación y necesidades,así como revisión de la evidencia disponible. Además de la guía se ha elaborado informe de continuidad de cuidados de éstos pacientes, consensuado con enfermeras del hospital de día oncológico. Para la implantación y puesta en marcha de la Guía se identificaron las necesidades de formación y adiestramiento de los enfermeros en manejo de los dispositivos en los diferentes distritos, llevado a cabo la formación en dicho hospital de día. El grupo ha revisado también la guía de accesos venosos del Hospital Reina Sofía de Córdoba y la bibliografía actual disponible.

Resultados obtenidos.

Elaboración de la guía de actuación compartida para el cuidado de pacientes portadores de port-a-cath .Establecimiento de procedimientos y circuitos que aseguren continuidad de cuidados, evitar desplazamientos innecesarios de pacientes en situación de tratamiento activo o de mantenimiento. Informe de continuidad de cuidados. Elaboración de guía de práctica clínica para el cuidado de éstos pacientes (fase de publicación).

Lecciones aprendidas.

El trabajo conjunto de enfermeras de ambos niveles mejora significativamente la accesibilidad de las personas al sistema de salud, evita desplazamientos innecesarios, contribuye a disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Todo ello redunda en la mejora de la calidad asistencial.

C-379

ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

LOZANO RODRÍGUEZ-MANCHEÑO, A; CORTES RODRÍGUEZ, B; DURO LOPEZ, C; ALCALDE PÉREZ, D; CEREZO RUIZ, A Y GRANADOS GARCÍA, C.
HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA DE SEGURA

Palabras Clave: Consentimientos Informados

RESUMEN

Contexto de partida.
Los Hospitales de Alta Resolución (HAR) representan una apuesta importante por parte de las autoridades sanitarias andaluzas por acercar la atención hospitalaria a la población
Descripción del problema/necesidades.
Analizar la cumplimentación de los formularios de CI (FCI) realizados problema/ en el HAR de Sierra de Segura, en sus vertientes diagnóstica y necesidades quirúrgica
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se estudió una muestra aleatorizada de los FCI realizados para actuaciones de cirugías mayor ambulatoria, cirugía menor y cirugía urgente, y pruebas diagnósticas incluidas en nuestra cartera de servicios que precisan de un FCI realizadas en el año 2008 en nuestros hospitales. Se analizaron 2 grupos de parámetros: los específicos del FCI (existencia e identificación de la técnica) y los relativos a la identificación (identificación del paciente o su representante y su firma, identificación del facultativo y su firma)
Resultados obtenidos.
En el año 2008 se realizaron 2145 actuaciones que precisaban de un FCI: 812 quirúrgicas y 1333 diagnósticas. Se analizaron 462 actuaciones: 231 procedimientos diagnósticos (110 TAC con contraste, 67 endoscopias digestivas, 28 ergometrías, 11 enemas opacos, 7 urografía intravenosas, 4 cistografías, 2 broncoscopias y 2 PAAF tiroideas) y 231 actuaciones quirúrgicas (126 fueron cirugía mayor ambulatoria, 87 cirugía menor y 18 cirugías urgentes). En el 98,5 % de los casos (455) se localizó el FCI, siendo todas las ausencias en las pruebas diagnósticass pruebas diagnósticas (3 % vs. 0 %, Chi2, p = 0.001). De los 455 CI analizados, el 44,3 % (201) estaba incompleto, más frecuente en las pruebas diagnósticas (58,9% vs. 30%, Chi2, p = 0.001). Faltaba la identificación del médico en 184 (40,5%), la firma del médico en 166 (36,5%), la identificación del paciente en 59 (13%) y la firma del paciente en 20 (4,4%). No se observó diferencia en la firma del paciente, siendo más frecuentes la ausencia en las pruebas diagnósticas en el resto de parçametros: identificación del médico (56,3% vs. 25,2%, Chi2, p = 0,001), firma del paciente (56,3% vs. 17,3%, Chi2, p = 0.001), identificación del paciente (21,3% vs. 4,5%, p = 0.001)
Lecciones aprendidas.
1. Elevado cumplimiento de la obligación de obtener un FCI en las circunstancias marcadas por la ley.
2. La heterogeneidad en la localización del FCI puede dificultar su localización o provocar su extravío.
3. Destacamos la utilidad de las autoauditorías para detectar áreas de mejora que ayuden a optimizar la calidad de los mismos. En este sentido, en las especialidades médicas se detecta más fallos en la cumplimentación del FCI que en las quirúrgicas

C-380

ATENCIÓN PERSONALIZADA A LAS RECLAMACIONES.¿ES POSIBLE UN MODELO COMPARTIDO INTERNIVELES?

MARTIN FERNANDEZ, F.J.; VILLANUEVA MARTINEZ, A.; MARQUEZ PEREA, I; BENITEZ MERELO, D.;SANCHEZ BLANCO, J. Y BARROETA URQUIZA, J.
UGC MONTEQUINTO (DOS HERMANAS)

Palabras Clave: reclamaciones, Atención personal,.Gestión compartida,.Satisfacción.

RESUMEN

Contexto de partida.
UGC Montequinto Zona Basica de Salud de Dos Hermanas. Dsss. Sevilla. Cpe Marqués de Paradas. Área Sanitara Virgen del Rocío. Sevilla.
Unidades de atención al usuario de ambos, responsables con perfil definido. Implicacion de todos los profesionales.Plan definido.
Descripción del problema/necesidades.
Las Reclamaciones/Sugerencias como valor añadido a incorporar en la Gestion de los Centros. Perdida de informacion sin contanto personal. Mejorar la satisfaccion de los usuarios mediante el trato personalizado incorporando aquellos elementos que aportan valor añadido a la Gestion y Plan funcional de los Centros. Evaluar un Modelo interniveles exportable. Analisis de datos por Tasas nos permite comparar, actividad y numero de reclamaciones por centros.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Analisis de la situacion en años anteriores. clasificacion de las R/S. Cronograma. Plan de comunicacion a los Profesionales. Evalucion e incorporacion de areas de mejora.Satisfaccion de los ciudadanos con la respuesta obtenida antes y despues de la intervencion. Cuantificacion por Areas y estamentos. Tipos. Aplicacion de un Modelo Unico en ambos niveles.Identificacion de Areas de Mejora. Evaluacion de R/S. Incorporacion de las R/S a la GEstion del centro.
Resultados obtenidos.
Mejora de la satisfaccion por encuesta telefonica antes y despues. disminucion del numero de las reclamaciones, aumento de las felicitaciones.Comparacion de intervencion interniveles. Comparacion de Tasas r/s por 100000 actos sanitarios. El trato directo mejora en un porcentaje alto la satisfaccion.Añadir otras vias de sugerencias. email, buzones, hojas en consulta,, etc
Lecciones aprendidas.
El trato personal a las expectativas, R/S, de los ciudadanos aporta matices de forma directa que se pierden en los escritos. Hay problemas de solucion directa e inmediata cuando personalizamos la atencion. EL analisis sistematico aporta Areas de Mejora continua.Cambio de mentalidad sobre las R/S de una agresion,pasa a ser un elemento que nos aporta, áreas de mejora y alertas de las situaciones.Definicion de las Competencias del personal que debe atender a las sugerencias y reclamaciones de los usuarios.Formacion en Atencion Personal. Formacion continuada en casos. Analisis de situacion. Informacion de forma periodica a los profesionales.Integrar como áreas de Mejora, información recibida en las reclamaciones/sugerencias, buzones, Atención Primaria (ComisiónInterniveles), Encuesta de Satisfacción, etc., como Área Integrada de Satisfacción del Usuario.

C-381

"MOTIVAR EN TIEMPOS DIFÍCILES"

PATRON TOSCANO, P; VERDUGO GUERRERO, M; MARTIALAY MARTINEZ, V; MARQUEZ ENCINA, M; SEVILLA SANTOS, E Y MEDINA RODRÍGUEZ, A.
HOSPITAL PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Motivación, Implicación, Enfermería, Proyecto, Maternidad, Neonatos.

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Puerta del Mar. Unidad de Maternidad. Enfermeras y auxiliares.

Descripción del problema/necesidades.

A las Unidades de Maternidad llega por canales inadecuados, la puesta en marcha de un proyecto que se quiere implantar (Plan de Humanización Perinatal en las Unidades de Maternidad). La información de su implantación debe ser institucional para afrontar su organización en cuanto a recursos humanos y materiales. Su puesta en marcha contempla aspectos como la seguridad de las pacientes, la formación en competencias específicas y la satisfacción de los profesionales.

El Supervisor de Neonatología, me confirma que es un objetivo del Acuerdo de Gestión 2009 en la Unidad de Pediatría. Realizo entrevista con el Director Unidad de Pediatría confirmando la necesidad de su puesta en marcha. Planteo a la Dirección de Enfermería la posibilidad de realizar una visita técnica al Hospital Virgen del Rocío, donde llevan 5 años con ese servicio, con el objetivo de conocer la información necesaria para implicar y motivar al personal adscrito a mis Unidades.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Realizamos la visita a las Unidades observando, que los profesionales son elegidos por perfiles (competencias en el cuidado de neonatos). Tienen la Ratio Enfermera puérpera/neonato y cuentan con un apoyo asistencial cuando hay un aumento tanto en el número de neonatos, como en la complejidad de los cuidados. El reparto de tareas profesionales no es el mismo que en nuestras unidades (pediatra durante la mañana, valoración del neonato conjunta pediatra/enfermera).

Resultados obtenidos.

Realizo un cronograma de implementación: •Reuniones con los profesionales para darles tranquilidad e información veraz, así como la participación de todos en la búsqueda de soluciones.
•Entrevistas individuales con cada profesional y conocer las preocupaciones, miedos y expectativas que les produce la puesta en marcha de este nuevo servicio.
•Formación tutorizada con la Unidad de maternidad del Hospital Virgen del Rocío como referente para nuestra unidad.
•Formación con los pediatras de la Unidad de Gestión del Hospital Puerta del Mar.
•Implantación del proyecto, incluyendo recién nacidos con cuidados más complejos.

Lecciones aprendidas.

Cuando la información llega a los profesionales por vías inadecuadas produce en ellos una situación de miedos e inseguridades. Al gestionar a profesionales debemos prestar atención a sus inquietudes, tener en cuenta sus sentimientos, para lograr una mayor implicación, calidad en los servicios, satisfacción para los ciudadanos y profesionales y mejores resultados.

C-382

"INCORPORACIÓN DE LAS SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN"

MONTERO CAMAS, DOLORES; BERNAL MEDINA, MILAGROS; MARÍN TEJERO, MARÍA; REYES GAMAZA, VICENTA; LÓPEZ ALBIOL, MANUELA Y RIOBOO ZAMBRANO, MARÍA.
HOSPITAL PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Sugerencias, Ciudadano, reclamaciones, mejora, auxiliar enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.

En la Unidad Clínica de Gestión de Patología Mamaría del Hospital Universitario Puerta del Mar.
Todos los profesionales han estado implicados en el análisis e incorporación de medidas correctoras.

Descripción del problema/necesidades.

En una Unidad de gestión el trabajo en equipo y el papel de la Auxiliar es fundamental para recoger las sugerencias y expectativas de los ciudadanos. En el proceso de acreditación del periodo 2003-2005 no tuvimos en cuenta la recogida de las sugerencias que nos hacían los pacientes, información que pensábamos sería de gran utilidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En una reunión de equipo decidimos poner en marcha la recogida sistemática en un libro denominado "libro de manifestaciones verbales". En dicho libro los usuarios manifiestan sus quejas y agradecimientos y todos los profesionales proceden al registro de aquellas quejas, sugerencias, y agradecimientos que nos manifiestan los usuarios hospitalizados en nuestra Unidad.
En dicha reunión se designa a una responsable para realizar un análisis trimestral y comunicar a los directivos de la Unidad las recomendaciones y sugerencias de los ciudadanos.
Establecemos un procedimiento de análisis e introducción de medidas correctoras.

Resultados obtenidos.

Tras un año de su puesta en marcha, en dicho libro se han recogido, en los análisis trimestrales, la quejas más frecuentes que son las referidas al confort de la habitación, al olor, la poca luz y el deterioro en los cuartos de baño. El agradecimiento más mencionado fue el trato personalizado y la amabilidad de los profesionales incluyendo a médicos y personal de enfermería.
Las sugerencias se iban incorporando paulatinamente, tener estas evidencias nos ha permitido conseguir ante la Gerencia de nuestro hospital una reforma estructural en los cuartos de baño.

Lecciones aprendidas.

Este libro nos ha servido para conocer otros aspectos no recogidos en la encuesta de satisfacción que se realiza en el hospital. Es muy significativo y gratificaste comprobar, tras la reforma de los cuartos de baño, que no aparece ninguna mención negativa a los mismos.

C-383

COMUNICACIÓN: HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE ENTRE LOS FAMILIARES Y LOS TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CORDOBÉS CASADO, I; MARTINEZ MARTINEZ, T Y HUETE SIERRA, O.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras clave: Comunicación, Familia.

RESUMEN

Contexto de partida.

Técnicos auxiliares de enfermeria de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Descripción del problema/necesidades.

Necesidad de disminuir la ansiedad de los familiares de pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos , así como de establecer una relación de empatía que permita resolver dudas y establecer una adecuada comunicación con los profesionales del servicio.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras la percepcion de los profesionales de la ansiedad experimentada por los familiares de los pacientes que ingesan en uci, profesionales de la misma elaboraron un triptico informativo que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermeria se encargan de facilitar en el mismo momento del ingreso con el objetivo de atenuar la ansiedad y establecer un primer contacto con los familiares durante el tiempo de espera hasta la información médica y visita, ya que en este tipo de ingresos el tiempo puede ser mayor del deseable.

Resultados obtenidos.

La entrega del triptico y una primera información básica sobre la unidad y el paciente ha sido muy bien aceptada tanto por los familiares como por los profesionales de la unidad, disminuyendo no sólo el nivel de estres de la familia, sino aumentando la colaboración de la misma con los profesionales y mejorando la percepcion de calidad de l unidad por parte del usuario.

Lecciones aprendidas.

La lección seria que un gesto mínimo en el momento adecuado puede significar un gran progeso en una atención de calidad no sólo para el paciente, tambien para sus familiares. Los familiares de nuestros pacientes deben ser objeto de nuestra atención como parte integral de nuestros cuidados y dentro de una atención de calidad.

C-384

DIAGNÓSTICO ENFERMEROS MAS PREVALENTES EN SALUD MENTAL

JIMENEZ LIRIA, MJ*; LOPEZ FERNANDEZ, MT; SEGURA GARCI, MT; ARTERO LOPEZ, C; ZAPATA LOPEZ, LM Y MORENILLA MORALES, MT.
E.P. HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: salud mental, enfermería, taxonomías, diagnósticos enfermeros

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha llevado a cabo en la unidad de hospitalizacion de salud mental de la Empresa Publica Hospital de Poniente por el equipo de enfermería de dicha unidad

Descripción del problema/necesidades.

La actuacion de enfermería precisa de la integracion de metodos sistematicos y explicitos, para la deteccion de problemas en cuidados y para evaluar los resultados en salud del paciente. Los planes de cuidados son una manera de planificar los cuidados requeridos por los pacientes cuyas respuestas humanas son previsibles en el paciente, todo esto no permite llevar a cabo una atencion integral, actuaciones profesionales con criterios consensuados y uniformes, una mejor satisfaccion al paciente y la familia y una mejor calidad asistencial. Ademas de disminuir la variabilidad ante problemas similares. El problema se cuantificó mediante la revision de historias de enfereria

Desarrollo y soluciones aportadas.

El trabajo se llevó a cabo mediante un estudio retrospectivo de las historias de los pacientes ingresados en la unidad entre el dia 1 de enero hasta el 31 de mayo de 2009, por todo el equipo de enfermeria. Tras la experiencia detectamos que lo que no esta escrito no esta hecho, por lo que el año pasado se empezó a implantar las gestion de cuidados informatizada. Que nos ha permitido tener la historia del paciente en formato electronico. El proyecto tuvo desde la fase de revision y recogida de datos hasta la fase de analisis

Resultados obtenidos.

Hemos identificado los problemas mas prevalentes en este tipo de pacientes utilizando la taxonomia nanda. De un total de 78 pacientes ingresados en la unidad de hospitalizacion en las fechas indicadas los diagnosticos mas prevalentes son afrontamiento inefectivo, manejo inefectivo del regimen terapeutico, incumplimiento del tratamiento y otros como violencia dirigida a otros, riesgo de suicidio, etc. Los efectos positivos han sido el poder llegar a definir cules son los diagnosticos que se etiqutan con mas frecuencia en la unidad para así poder nalizar y establecer areas de mejora.

Lecciones aprendidas.

Tras el analisis de los datos se detecta que en la unidad de hospitalizacion de salud mental no podemos olvidarnos de los cuidados que se ofrecen a la familia y que sin embargo aparecen muy escasamente registrados.

C-385

HÁBITOS DE VIDA, ALIMENTACIÓN, EN NIÑOS/AS DE 2 A 6 AÑOS VERSUS HÁBITOS DE VIDA EN LOS PADRES/MADRES.

REDONDO PEDRAZA, R; RODRÍGUEZ REDONDO, A Y RODRÍGUEZ BORREGO, M.A..
CENTRO DE SALUD HUERTA DE LA REINA - CÓRDOBA

Palabras Clave: Hábitos de vida, alimentación, sobrepeso, obesidad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba. Participaron como colaboradores tres pediatras, tres enfermeras, un estudiante máster en nutrición

Descripción del problema/necesidades.
Estudio descriptivo de hábitos de alimentación en la infancia como base en la toma de desiciones en un Plan de Obesidad infantil.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se elaboró un cuestionario con datos de filiación, somatometricos y 30 ítems relacionados con hábitos de consumo de alimentos en el desayuno, almuerzo, merienda y cena Periodo de recogida de datos: Octubre 2008- Noviembre 2008.
Procedimiento: A través del cuestionario, que fue entregado a los acompañantes de los preescolares a la salida de la consulta y cumplimentado in situ.

Resultados obtenidos.
De los 100 niños/as el 39% pertenecían a la barriada de las moreras, el 37 % a huerta de la reina y el 24% al brillante. A su vez el 18% presentaban riesgo de sobrepeso y un 14% sobrepeso frente al total de padres con un 60% de sobrepeso y un 6% de obesidad y madres con el 18% de sobrepeso y 6% de obesidad. En el consumo de alimentos destacamos el uso de precocinados; en la zona moreras un 23,1% de las madres encuestadas los utilizaban habitualmente en la dieta de su hijo/a, en la zona de huerta de la reina dicho porcentaje disminuía en un 13,5%; y en la zona del brillante era de un 8,3%. En cuanto a comida rápida en la zona de moreras un 12,8% de los padres/madres iban con sus hij@s una vez cada quince días mientras que un 7,7% lo hacían una vez a la semana; en huerta de la reina es un 32,4% y 5,4% respectivamente y en la zona del brillante un 4,2% asegura que van con sus hijos más de una vez a la semANA

Lecciones aprendidas.
Dadas las edades estudiadas es especialmente relevante el sobrepeso detectado en los niños que si bien parece coincidir con el sobrepeso de los padres las causas más van orientadas a hábitos alimenticios como sucede en la zona del brillante donde un 4,2% llevan a sus hijos más de una vez a la semANA a lugares de comida rápida en general se puede decir que la alimentación de estos niños sigue el patrón habitual de la dieta mediterránea aunque claramente descompensada en algunos aspectos como es el consumo de chucherías, precocinados y comida rápida. Con los datos obtenidos podemos concluir que es preciso realizar un abordaje multidisciplinar, por profesionales de la salud y de la educación, en los niños estudiados y en sus familias, con el objeto de implementar intervenciones educativas y preventivas ante la mala alimentación y el sedentarismo a fin de evitar enfermedades como la obesidad, colesterol, diabetes.

C-386

ÁREAS DE MEJORA EN LA INFORMACIÓN PRETRANSFUSIONAL EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

ALCALDE BEZHOLD, G.; PEREDA VICANDI, A.; ÁLVAREZ MOREZUELAS, MN.; PUJANA ZALDEGI, MI.; ACHAERANDIO LÓPEZ, MA. Y BACIGALUPE ARTACHO, MT..
HOSPITAL SANTIAGO

Palabras Clave: Transfusión, Satisfacción, Encuestas, Consentimiento informado

RESUMEN

Contexto de partida.
El Servicio de Transfusión, certificado por norma ISO 9001:2000, mide periódicamente la satisfacción de los pacientes transfundidos mediante encuestas en las que, recogiendo la preocupación del Comité de Transfusión, se han incluido progresivamente preguntas dirigidas a medir la información recibida.

Descripción del problema/necesidades.
El RD 1088/2005 establece que siempre que sea posible antes de una transfusión se recabará la conformidad del paciente después de explicar riesgos, beneficios y posibles alternativas. En el año 2007 se realizó una encuesta que detectó como área de mejora la escasa implantación del consentimiento informado (CI) y la mala información sobre los riesgos. Después de realizar actividades de formación específicas con los Servicios solicitantes, se planteó como objetivo medir la eficacia de estas acciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseñó un cuestionario destinado a medir el proceso de información sobre la transfusión, además de valorar en la historia la presencia del CI escrito. Se encuestó durante el ingreso a 62 pacientes transfundidos durante 2008 y primer trimestre 2.009. Se excluyeron los incapaces de responder y aquellos cuyo acompañante no había recibido la información sobre la transfusión.

Resultados obtenidos.
El 82% de los receptores conocía el motivo de la transfusión. Sólo el 45.2% se consideró informado sobre los riesgos de la transfusión (y desinformado el 53.2%). El 90.6% declaró saber la actitud a seguir ante una incidencia transfusional. El 51.9% declaró haber sido informado por el médico, un 24.9% por enfermería, un 9.4% por ambos y un 14.2% no recordó haber sido informado. El CI apareció en el 50% de los casos (superior al 33% de 2007), siendo valorada su información con 2.5/5. Aunque consta en el modelo de CI, nadie afirmó conocer la posibilidad de revocar el consentimiento. La valoración global de la información fue: 23% muy buena y excelente; 47.7% buena; 30.5% regular o mala. La satisfacción global del proceso tuvo una valoración media de 2.45/5, siendo mejor en los pacientes con CI (3.07 vs. 1.6).

Lecciones aprendidas.
Aunque ha mejorado la presencia de CI, los resultados de satisfacción son similares a los obtenidos en 2007. Se evidencia que los profesionales sanitarios siguen sin estar concienciados de la necesidad de una correcta información de los riesgos asociados a la transfusión y de la obligatoriedad del consentimiento informado. Al margen de que los pacientes que reciben el CI estén más satisfechos con la información recibida sobre la transfusión, la preocupación por la implantación del CI viene dada por su condición de requisito legal.

C-387

EDUCACIÓN A FAMILIARES Y PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO, CARTERA DE SERVICIO EN MEDICINA INTENSIVA

DE LA TORRE PRADOS, MARÍA VICTORIA; GARCÍA ALCÁNTARA, ÁNGEL; IA DE LA TORRE, ÁNGELA; PEÑA HUERTAS, JORGE Y BARQUERO MORENO, CARMEN.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: educación sanitaria, síndrome coronario agudo

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde la Asociación de Expacientes de Medicina Intensiva (EXPAUMI) junto a los profesionales de dicho servicio se desarrolla un proyecto de autocuidado en el expaciente tras un evento coronario agudo.
Descripción del problema/necesidades.
La educación a pacientes y familiares con síndrome coronario agudo problema/ (SCA) es una asignatura pendiente, continua siendo prioritario el necesidades control de los factores de riesgo cardiovascular y la llamada al sistema
sanitario de forma precoz con el inicio de los síntomas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Desde 1998 a la actualidad de forma periódica se oferta un taller de cinco horas a los familiares y a los propios pacientes con SCA que han sido atendidos desde la Unidad Coronaria del servicio. Los objetivos del curso a través de módulos teóricos prácticos son: 1 La magnitud y causas de la parada cardiaca, la enfermedad coronaria importante problema de salud pública. 2 Los signos de alerta de la enfermedad coronaria, identificar y actuar ante un posible infarto de miocardio. 3 Los factores de riesgo que contribuyen en esta enfermedad, cuidar y recuperar la salud cardiovascular. 4 La Resucitación Cardiopulmonar Básica ayuda a salvar vidas.
Resultados obtenidos.
Se adjunta tabla, * Chi square, ** T-Test
Perfil y resultados del taller en familiares de pacientes con Síndrome Coronario Agudo Variables Año 1998 a 2002, n=406 Año 2003 a 2008, n=940 Total, n=1346p Mujeres,n=872 69 % 63 % 64,8 %0,02* Estudios universitarios,n=430 28,7 % 38,9 % 36 %0,001* Edad media 38 39,8 39,3 0,04** Amas de casa, n=185 19,5 % 12 % 14,3 %0,000* Nivel de Conocimiento previo Taller 5,7 5,33 5,58 ns** Nivel de conocimiento tras Taller 10,7 11,7 11,470,000**
Lecciones aprendidas.
Esta cartera de servicio ha ido cubriendo mayor número de beneficiarios a lo largo de los diez últimos años. Los familiares de pacientes con SCA mantienen un perfil de edad media cercANA a los 40 años, principalmente son mujeres las cuidadoras y con porcentaje menor de amas de casa. El nivel medio de conocimiento previo al taller sin diferencia significativa justifica el mantenimiento de esta cartera de servicio, si bien el mejor nivel de estudios ha conllevado mejores resultados post-taller de forma significativa.

C-488

PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR LOS PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

MÁS CASTILLO, A*; PARRA HIDALGO, P; GOMIS CEBRIAN, R; RAMON ESPARZA, T; CALLE URRA, J Y NIETO MARTÍNEZ, P.
CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO

Palabras Clave: Calidad percibida, oportunidades mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA) de Murcia, en colaboración con el Servicio Murciano de Salud (SMS)
Descripción del problema/necesidades.
Identificar lo que resulta relevante para los usuarios encuestados, en relación con su experiencia, tras acudir a un servicio de urgencias hospitalario.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se administra, mediante entrevista telefonica asistida por ordenador (CATI), el cuestionario EMCA, a una muestra de 1800 pacientes que fueron atendidos en los servicios de urgencias en los 9 hospitales públicos del SMS durante una semANA (mayo-junio) de 2008. Muestreo sistemático con arranque aleatorio por día de la semana.
Se seleccionan los resultados obtenidos en la pregunta abierta, dónde los encuestados manifiestan con sus propias palabras que piensan que se debería mejorar de forma prioritaria tras su paso por el servicio de Urgencias.
Se realiza un analisis descriptivo y un diagrama de afinidades para agrupar en áreas temáticas las sugerencias manifestadas por los pacientes.
Resultados obtenidos.
Las 901 oportunidades de mejora sugeridas por los 1418 pacientes que opinan, se agrupan mayoritariamente en las siguientes áreas: Tiempos de espera: 38,0%; Atención y trato al paciente: 16,0%; Recursos Humanos: 14,3%; Infraestructuras: 13,0%; Profesionalidad del personal: 6,4%; Información al paciente y a los acompañantes: 3,3%; Limpieza: 2,4%; Organización: 2,0%; Priorizar la atención según la gravedad: 1,3%; Dejar pasar al acompañante: 0,9% Todo está bien para 517 encuestados (36,4%).
Lecciones aprendidas.
Las mejoras solicitadas se concentran en acortar los tiempos de espera. Si bien hay problemas estructurales y de masificación difíciles de abordar, más información durante la estancia, mejorar la organización, dejar pasar al acompañante y que la priorización de casos graves sea sentida por el que espera, pueden ser aspectos que pueden incidir en que la demora sea mejor tolerada.

C-489

ÑAM ÑAM

JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; RAQUEL GARCÍA ALEGRE; SONIA DE LUIS ALVAREZ; MAITE LARRINAGA LLAGUNO; NEREA LARRINAGA LLAGUNO Y Mª CELIA MARCOS ALOR.
PORTUNEHY@HOTMAIL.COM

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

El Alzheimer es un tipo de demencia que ocasiona el deterioro progresivo e imprevisible del cerebro de los pacientes que padecen esta enfermedad. Produce pérdida paulatina de memoria y alteración de las capacidades intelectuales de la persona afectada.

Debido a los cambios que se producen a lo largo de la enfermedad, tales como la distracción, confusión de horarios, hiperactividad, dificultad para masticar,… estas personas son candidatas a la pérdida de peso y por ello, constituyen un factor de riesgo de malnutrición.

Descripción del problema/necesidades.

Que el profesional de enfermería realice una educación sanitaria efectiva con el cuidador principal, para que este se encargue de la alimentación del enfermo de Alzheimer, con el fin de evitar una alimentación inadecuada.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Debido a que los cuidadores principales deben prestar especial atención tanto a los potenciales problemas nutricionales que pueden aparecer en estos enfermos, como de las alteraciones de la conducta alimentaria, es preciso, que el personal de enfermería participe en el proceso de educación sanitaria, con el fin de impartir consejos nutricionales dirigidos a prevenir la alimentación inadecuada en los enfermos de Alzheimer. Por ello, es preciso que el personal de enfermería, le indique ciertos consejos generales al cuidador principal.

Consejos generales:

•Mantener el horario de las comidas y sentarle en el mismo sitio.
•Comprobar la temperatura de los alimentos.
•La prevención de atragantamientos.
•El control de hidratación, nutrientes y de peso.
•Realizar comidas frecuentes, muy nutritivas y poco abundantes.
•Cuidar la presentación de los platos, para que sean lo más atractivas posible.
•Preparar alimentos que se puedan comer con las manos.
•No mezclar texturas, para evitar atragantamientos.
•Los cubiertos deben de ser sencillos, adaptados a las necesidades.

Resultados obtenidos.

Tras una educación sanitaria efectiva realizada por el personal de enfermería, el cuidador principal, adquiere los conocimientos básicos, para que el enfermo de Alzheimer mantenga una alimentación adecuada, evitando la pérdida de peso, e incluso la malnutrición.

Lecciones aprendidas.

Los pacientes con la enfermedad del Alzheimer tienden a comer menos, cuando por el contrario, requieren una alimentación de alta calidad, para cubrir sus necesidades energéticas. Por ello, es necesario que el personal de enfermería, realice una educación sanitaria efectiva con el cuidador principal, para que este pueda evitar una alimentación inadecuada en los enfermos de Alzheimer.

C-490

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

MÁS CASTILLO, A; PARRA HIDALGO, P; GOMIS CEBRIÁN, R; CALLE URRA, JE; RAMÓN ESPARZA, T Y NIETO MARTÍNEZ, P.
CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO

Palabras Clave: Calidad Percibida, Satisfacción, Urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado por la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA) de Murcia, en colaboración con el Servicio Murciano de Salud (SMS)

Descripción del problema/necesidades.

Escasa información sobre necesidades y expectativas de pacientes que utilizan los servicios de urgencias hospitalarios del SMS, y de su satisfacción con la atención recibida. La Consejería de Sanidad y el SMS incorporan en 2008 un instrumento para: -Medir calidad percibida y valoración global de la satisfacción con la atención recibida -Establecer indicadores por Hospital y SMS. -Identificar oportunidades de mejora.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Población a estudio: usuarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del SMS los días 24, 25, 27, 29 y 30 de mayo y 3, 4 de junio de 2008. Muestreo: Sistemático con arranque aleatorio por día de la semANA Tamaño de la muestra: 1800 entrevistas, 200 por hospital Instrumento: Cuestionario elaborado por la Subdirección de Calidad Asistencial, cumplimentado mediante entrevista telefonica asistida por ordenador (CATI). Las llamadas se realizaron a las 48h de la asistencia. El trabajo de campo se realizó durante los dias 26 de mayo al 7 de junio.

Resultados obtenidos.

Se han realizado 4.214 llamadas con descuelgue. Tasa de sustitución: 87,3% Muestra: 54,7% mujeres, 20,1% de 65 años o más, 62,4% sin estudios o con estudios primarios. Satisfacción media: 8,1 sobre 10 Puntos fuertes (cumplimientos superiores al 85%): Posibilidad acompañante (91,3%) ; Respeto intimidad (86,3%); Profesionalidad y Trato del personal sanitario (91,4% y 93,4%) y administrativo (93,6% y 93,2%); Limpieza de boxes (97,6%); Información recibida por los acompañantes durante la estancia en urgencias y por el paciente al alta (87,1% y 91,3%); Atención sin fallos o errores (95,6%) Puntos débiles (incumplimientos por encima de 15%): Utilización del servicio de urgencias hospitalario sin haber sido remitido por un médico (80,6%); Problemas en la identificación del personal que les atendía (20,8%); Estar más o menos tiempo del necesario en urgencia (17,4%); No recibir información sobre lo que le estaban haciendo (15,9%); Excesivo ruido ambiental (19,7%); Problemas de limpieza en aseos (23,4%).

Lecciones aprendidas.

Esta nueva herramienta ha permitido: -Conseguir información actual de la calidad percibida por los usuarios de los Servicios de Urgencias en los hospitales del SMS. -Establecer indicadores a nivel de cada Hospital y SMS que se incorporaron en el contrato de gestión de 2009.

-Identificar las oportunidades de mejora existentes y la puesta en marcha de medidas de intervención en los centros.

C-491

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS

SANCHEZ PALACIOS, M; LORENZO TORRENT, R; SANTANA CABRERA, L; COBIAN MARTINEZ, J; GARCÍA DEL ROSARIO, C Y HERNÁNDEZ SANTANA, A.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. INSULAR-MATERNO INFANTIL

Palabras Clave: Necesidades, Calidad de Cuidados.

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario
Descripción del problema/necesidades.
Evaluar el nivel de calidad percibida de familiares de pacientes ingresados en UCI. Estudio prospectivo descriptivo, durante un período de un mes, entre los familiares de pacientes adultos ingresados durante más de 48h.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó una encuesta personal o telefónica con preguntas acerca de la información recibida de los cuidados y la empatía con el personal.
Resultados obtenidos.
Se incluyeron 38 pacientes, edad 62 años, 47% médicos, 31% coronarios, 13% quirúrgicos y 7% traumas. Estancia en UCI 8d. 63% ventilación mecánica. 63% mujeres, edad 46 años, mayoría hijos(47%), o parejas (31%), 92% visitaban casi todos los días a su pariente. Sólo al 5% se le explicó de forma regular el motivo de ingreso y 23% no entendieron el tratamiento aplicado. 94% creía haber recibido una información sincera, aunque al 21% se le había informado con un lenguaje muy técnico, que no se le informaba de los procedimientos y técnicas que se realizaban y, que no se le pedía autorización. 81% pensaba que en ningún caso se le hubiese dado un tratamiento mejor en otro hospital, aunque 18% estaban descontentos con el tratamiento recibido, todos ellos familiares de pacientes que habían permanecido hospitalizados previamente. 94% afirmaban que el trato recibido por parte del personal fue adecuado, amables casi siempre para el 100%. Esto contrasta con que para el 39% nunca un médico, ni para el 31% nunca el personal de enfermería o auxiliar, se interesó por preguntarle si necesitaba o le preocupaba algo. El 100% consultaba siempre, en caso de dudas, con el médico o con el personal de enfermería. Sólo 26% consideraba el tiempo de visita insuficiente. 39% no conocía el nombre del médico que lo trataba, ni el 36% conocía el de la enfermería. Sólo en 4 casos no se les explicó el motivo por el que fue dado de alta de la UCI y siempre estaban satisfechos con los argumentos que se les dieron en este sentido. Los 3 familiares de fallecidos afirmaron que el hospital les había proporcionado todo lo necesario para afrontar el fallecimiento y que el nivel de satisfacción en cuanto a la información, cuidados recibidos y la empatía con el personal era muy bueno.
Lecciones aprendidas.
Aunque el nivel de satisfacción es alto, debemos mejorar en aspectos como el cuidar el lenguaje técnico en la información, hacer uso del consentimiento informado, presentarse y preocuparse por las necesidades del familiar

C-492

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL ACERCA DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

SANCHEZ PALACIOS, M; LORENZO TORRENT, R; SANTANA CABRERA, L; COBIAN MARTINEZ, J; GARCÍA DEL ROSARIO, C Y HERNÁNDEZ SANTANA, A.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. INSULAR-MATERNO INFANTIL

Palabras Clave: Cuidados Intensivos, Calidad de cuidados.

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario
Descripción del problema/necesidades.
Estudiar la satisfacción de los médicos del resto del hospital tras la denegación del ingreso de un paciente en la UCI
Desarrollo y soluciones aportadas.
Llevamos a cabo un estudio en 2007 entre los médicos de nuestro hospital, donde encontramos unas elevadas tasas de insatisfacción entre los profesionales a los cuales se les había denegado un ingreso en la UCI. Al 58% de los médicos se les había denegado el ingreso de algún paciente de los cuales sólo quedaron conformes con los argumentos que se les dieron el 26%, lo que podía justificar que más del 40% de los médicos afirmara no haber solicitado cama en la UCI para algún paciente que creía que se podía haber beneficiado de ella, pensando que se le iba a denegar el ingreso.Tras detectar este problema se difundieron los resultados del estudio entre todos los médicos pertenecientes al servicio mediante una sesión clínica donde se discutieron las cuestiones observados y se concluyó, por unanimidad, la necesidad de que cada médico intentara consensuar, con los médicos que nos interconsultaban, sin ánimo de convencer, la denegación del ingreso
Resultados obtenidos.
Dos años después se vuelve a encuestar a una muestra de médicos del hospital para comparar los resultados. Se entrevistaron 30 médicos, 17 adjuntos y 13 residentes, de los cuales al 80% se les había denegado en alguna ocasión el ingreso de algún paciente en UCI, estando conformes con los argumentos que se le dieron el 41,6%. 63% afirmó no haber solicitado, en alguna ocasión, cama en UCI para algún paciente que creía que se podía haber beneficiado de ella, mayormente (73,6%) porque seguían pensando que se les iba a denegar el ingreso. Comparándolo con el estudio previo, aunque hemos denotado una mayor satisfacción entre el personal médico con los argumentos que se les dieron a la hora de no ingresar un enfermo, aún no existen diferencias significativas entre ambas muestras (p =0'18), y sí que se incrementa el porcentaje de médicos que afirman no haber solicitado cama en UCI para algún paciente
Lecciones aprendidas.
Seguimos detectando elevadas tasas de insatisfacción entre el personal médico por no estar conformes con los argumentos al denegarles el ingreso de un paciente, a pesar de la intervención realizada consistente en la difusión de los resultados previos del estudio entre el personal de UCI. Sería deseable llegar a un consenso con el médico interconsultor y crear un clima de confianza

C-510

CONOCER ANTES DE INTERVENIR

ALFONSO PALENZUELA CRUZ Y Mª DOLORES MARTÍN ARTACHO.
UGC DE ARCHIDONA

Palabras Clave: Percepciones,cuidadoras, análisis del conocimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
Ámbito comunitario, con cuidadoras ,característica común ser cuidadoras de pacientes que requieren suplencia para actividades básicas de la vida diaria en grado severo. Conocer la perspectiva respecto a los cuidados que prestan mediante grupo focal.
Descripción del problema/necesidades.
Entrevista personal dentro de un pequeño grupo de cuidadoras, obtener sentimientos y percepciones que describan influencia de los cuidados que prestan .Con el análisis del conocimiento adquirido se pretende dar respuestas más individualizadas a los talleres de cuidadoras que se pongan en marcha en la Zona de Salud
Desarrollo y soluciones aportadas.
Grupos focales de cuidadoras principales, homogeneizado en cuanto a la necesidad de prestación de cuidados Dos grupos focales Intervienen, moderador y observador .Guión de preguntas abiertas, grabación de ambas sesiones con consentimiento de las participantes.Transcripción literal de las grabaciones, elaboración de un informe final
Resultados obtenidos.
Grupo focal, opción apropiada para incorporar las perspectivas de las cuidadoras a las que van dirigidas nuestras intervenciones. Necesidades surgidas: Les gustaría tener más conocimientos en cuanto a alimentación, higiene y movilizaciones, que les generaría más confianza en si mismas. Las enfermeras acuden con más frecuencia y sienten mayor apoyo de estas. Cuando tienen que acudir a consulta ,con frecuencia tienen que esperar bastante ,con perdida de tiempo e incertidumbre cuando dejan solo a su familiar. Suelen recibir ayudas escasas y esporádicas de otros familiares, en el día a día la carga es de ellas, sienten que cuando piden ayuda molestan a los demás.Dolores musculares. Dificultad para desahogarse, no se sienten escuchadas, el cuidar afecta a su vida familiar, falta de apoyo emocional por parte personal sanitario, suelen asumir el cuidado de forma exclusiva. Viven de distinta forma el cuidar, según sean padre, madre, marido…, las que cuidan de la pareja les produce más sobrecarga emocional. Poco tiempo para relacionarse con amistades, algunas vida social casi nula Las más aisladas socialmente conocen escasamente como obtener información y recursos
Lecciones aprendidas.
Es útil la realización de grupos focales ,nos aportan conocimientos sobre las necesidades sentidas por grupos de cuidadoras haciendo más particularizadas las intervenciones.
Posteriormente ,en la planificación de taller se incremento las sesiones dedicadas al apoyo emocional y aislamiento social.

C-511

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONEXIÓN WIFI EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.

*ARMENTEROS LECHUGA, M; ESPINOSA MUÑOZ, A; VERA ESPARTERO, JM; VICENTE HUERTAS, D; LAGOS PANTOJA, E Y GOMEZ ARROYO, M.

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
La aparición de nuevas tecnologías en el ámbito de las comunicaciones ha abierto multitud de posibilidades. El Hospital General de Ciudad Real (HGCR) apuesta en este sentido con este proyecto cuyo objetivo es aprovechar las posibilidades que ofrece la tecnología Wifi del HGCR para facilitar conexión gratuita a Internet a todos los usuarios con el fin de mejorar las su satisfacción.
Descripción del problema/necesidades.
Aprovechando la infraestructura de red inalámbrica del HGCR en diversas aplicaciones corporativas como: la prescripción electrónica, Hª Clínica Electrónica, etc., utilizadas por facultativos y profesionales de enfermería, el HGCR pone a disposición de pacientes, familiares o visitantes, el servicio de conexión wifi para, permitiendo que la estancia o visita sea más grata para los mismos. El acceso se realiza de una manera eficiente, segura y controlada.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La red de invitados dispone de una línea ADSL independiente, que está conectada a la red corporativa para que pueda ser gestionada desde el servicio de informática del Hospital. La gestión de usuarios se realiza por medio del servidor BlueSocket, que permite tener conectados simultáneamente a 200 usuarios, la parte que hace que la conexión sea más eficiente se consigue con la implantación de un servidor que almacena temporalmente las páginas visitadas para que estén a disposición de los demás usuarios y así no tener que acceder a Internet para conseguirlas, de esta manera aumenta la velocidad de respuesta en las peticiones de las páginas web y el ancho de banda, además con este servidor se consigue filtrar contenidos web por categorías. Los clientes no tienen que configurar nada en su equipo ni sistema operativo. Para su puesta en marcha se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que diseñó el registro informático de solicitudes, carteles informativos, fecha de puesta en marcha, que designó a los profesionales de los puntos de información como encargados de facilitar un login de usuario y una contraseña válida. Finalmente se entrega una encuesta que valora la calidad del proceso de conexión a Internet. El análisis se realiza mediante las herramientas informáticas Excel y SPSS vs 11.0.
Resultados obtenidos.
Se analiza las encuestas correspondientes al tercer trimestre año 2009. Los aspectos evaluados son: información sobre el servicio, satisfacción respecto al horario, grado de información facilitada. Finalmente se realiza una valoración global por ello los usuarios disponen de espacios abiertos para observaciones y sugerencias de mejora
Lecciones aprendidas.
El informe de resultados obtenidos es desplegado a la Dirección, Sº de Informática y Puntos de Información. Se definen un plan de acción para mejorar el circuito analizado, con acciones, cronograma y responsables. Este sistema promueve mejoras en la calidad percibida de los usuarios del HGCR.

C-512

IMPLICACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SANIDAD EN LA GESTIÓN DE RECLAMACIONES EN UN ÁREA DE SALUD

LOURDES ARTEAGA PÉREZ; ANTONIO VALDIVIA; ESPERANZA ESCORTELL Y JOSE ENRIQUE VILLARES.
AREA 3 ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

Contexto de partida.

Objetivo. Analizar las reclamaciones de un Área de A.P mediante técnicas de control estadístico de procesos, comparándolas con técnicas multivariantes. Diseño. Estudio descriptivo con análisis agregado de reclamaciones administrativas.
Periodo del estudio: Reclamaciones recibidas desde enero 2005 a agosto 2008.
Fuente de datos: La Unidad de Reclamaciones Gerencia AP Área 3, programa Itrack

Descripción del problema/necesidades.

A)PRINCIPALES 1.Mejorar la Calidad de los servicios sanitarios a través de la gestión de las reclamaciones 2.Fomentar la autogestión y toma de decisiones de los Centros de Salud 3. Anticipar un marco de insatisfacción esperado. B) SECUNDARIOS 1.Definir un modelo predictivo de comportamiento de reclamaciones 2.Definir una clasificación de motivos de reclamación que nos permita identificar grandes áreas de mejora. 3.Definir un cuadro de mandos 4.Establecer un sistema de información periódico dirigido a los Directores de Centro de Salud.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.Definición de un modelo predictivo que permita definir una estrategia de mejora. 2.Diseño de una estructura de la información que contempla un análisis cuantitativo y cualitativo del proceso de reclamaciones. Elaboración de Informes 3.Definición de un plan de comunicación de la información 4.Definición de cuadro de mandos de gestión de reclamaciones. 5.Incorporación al Contrato Programa de los Centros de Salud de objetivos clave ligados a reclamaciones. 6.El seguimiento de las reclamaciones se incorpora al seguimiento de cumplimiento de objetivos de los Centros de salud en los Consejos de Gestión.

Resultados obtenidos.

Relación Esperado – Obtenido año 2008 y Previsión año 2009 2.Comportamiento de las clasificaciones de motivos. 3.Emisión durante el año 2008 y año 2009 de informes trimestrales a los centros de salud 4.Los Directores de Centro han incluido en su Contrato Programa una priorización de acciones de mejora, 5. Alto grado de satisfacción de los Directores de Centro con el plan de comunicación, evaluación realizada mediante encuesta.

Lecciones aprendidas.

El control estadístico de procesos aplicado al análisis de reclamaciones en un área de salud, puede resultar útil para realizar una identificación rápida y eficiente de posibles fallos,15(s)15(i)15(b)15(l)-13(e)15(ene.)15(L)15Cex8(estadído)-28(al)-Tc (-)Tj=0.01y

ÁREA TEMÁTICA

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y ACREDITACIÓN

E-50

MEJORA DE LA EFICIENCIA EN LOS ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BRC

VILLANUEVA GONZÁLEZ, R ; CANDIA BOUSO*, B; ZÚÑIGA RODRÍGUEZ, C Y FONTECOBASÁNCHEZ, MC. CHUAC

Palabras Clave: Bacteriemia, Catéter,

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realiza en el CHUAC. Participan profesionales de Microbiología (Facultativos y Técnicos), y de la Unidad de Calidad. Se presentó en Comisión de Infecciones y Política Antibiótica del CHUAC, con recomendaciones posteriores.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretende mejorar la eficiencia diagnóstica en "Bacteriemia relacionada con el catéter" (BRC). En el CHUAC se dispone de un Protocolo y un Manual para el diagnóstico de BRC; sin embargo, se tenía la percepción de no llevarse a cabo, lo que suponía una utilización inadecuada de recursos, con bajas eficiencia y efectividad de los resultados diagnósticos. Se procedió a un análisis previo de la situación, con un estudio piloto que orientó las variables y el enfoque del mismo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realiza un estudio de evaluación de prueba diagnóstica, con recogida de información retrospectiva. A partir de los cultivos de punta de catéter central realizados durante 2 meses en 2008, se identifican 275 casos; 2 excluidos. Se crea la base de datos y se realiza el estudio de evaluación de prueba diagnóstica, con análisis de frecuencias, valores predictivos, sensibilidad y especificidad, y RV(+). La variable resultado es la BRC, definida por la presencia del mismo germen en punta de catéter y en hemocultivo.

Resultados obtenidos.

Un 65,9% (180) de los cultivos de punta de catéter (273) no se acompañan de hemocultivo. De los 273 cultivos de punta de catéter, el 70,7% (193) fueron negativos. Se ha identificado BRC en un 6% (17). El VPP fue 21,25%, con especificidad de 75,39%. La RV (+) 4,06, IC 95% (3,28-5,04). Analizando los casos para los que se dispone de cultivo de punta de catéter acompañado de hemocultivo (92), para el cultivo de punta de catéter el VPP fue 48,57%, la especificidad 76%; la RV (+) 4,17. Para el hemocultivo, el VPP fue 65,38%, la especificidad 88% y la RV (+) 8,33. La concordancia en punta de catéter y hemocultivo, fue 70,6%.

Lecciones aprendidas.

Más de la mitad de los estudios de catéter para BRC no acompañan hemocultivo. No se siguen las recomendaciones para diagnóstico microbiológico de BRC. El rendimiento para "cultivo aislado de punta de catéter" es tan bajo que apoya la "no recomendación" de su utilización. En los cultivos de punta de catéter acompañados de hemocultivo, la elevada frecuencia de negativos en ambos, podría estar en consonancia con ausencia de signos/síntomas clínicos de infección en la extracción. Consideramos que es factible mejorar el rendimiento diagnóstico de las BRC en nuestro centro, actuando sobre la indicación de los estudios.

E-51

MEJORA EN LA INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER MEDIANTE UN CICLO DE MEJORA. PROYECTO BACTERIEMIA ZERO

ALCOLEA SANCHEZ, ML; CARRILLO ALCARAZ, A; HERNÁNDEZ ROMERO, CR; GIL RUEDA, B; ALMAIDA FERNANDEZ, MB Y MARTINEZ LOPEZ, A.
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Bacteriemia, Infección nosocomial, Unidad Cuidados Intensivos

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado por enfermería y médicos, en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario.

Descripción del problema/necesidades.

La bacteriemia relacionada con catéter (BRC) es una complicación frecuente en pacientes críticos relacionándose con un incremento de morbimortalidad. Los datos del programa nacional de vigilancia de la infección nosocomial (ENVIN-UCI) muestra que aunque las tasas de BRC han ido disminuyendo en los ultimos años, aún son elevadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Al formar parte del proyecto "Bacteriemia Zero", se ha realizado un soluciones aportadas ciclo de mejora, concienciación, formación y prevención de la BRC al personal sanitario, mediante 4 charlas de 1 hora, impartidas por un medico y una enfermera. Se ha realizado la verificación, visualización directa, de un chesklist cada vez que se cateterizaba una vía central: información al paciente (criterio1), confirmación de adecuado lavado de manos (criterio2),confirmación de barrera máxima en la persona que realiza la punción (criterio3) y en el asistente (criterio4), confirmación de protección adecuada del ayudante (criterio5), desinfección adecuada del lugar de punción (criterio6), cubrimiento estéril de cabeza a pie (criterio7),mantenimiento del campo estéril (criterio8), necesidad de cambio de personal tras 3 punciones fallidas (criterio9), y limpieza con antiséptico y colocación de apósito estéril tras punción (criterio10). Finalmente se han comparado la tasa de incidencia de la BRC en los 3 meses posteriores al ciclo comparándolo con los 12 meses previos. Los datos se presentan como porcentajes (IC-95%). Se ha realizado prueba de comparación de proporciones independientes y de tasa de incidencia.

Resultados obtenidos.

Se han analizado 100 cateterizaciones. La localización ha sido vena yugular interna en 37 ocasiones, mediana-basílica en 32, subclavia en 19 y femoral en 16. Comparando con la fase preintervención, la proporción de cateterizaciones de vena subclavia ha variado del 1% al 15% ($p<0.001$). Los incumplimientos del listado de verificación muestran: CR1: 7% (1.5-12.5%); CR2:1% (0.1-5.4%), CR3: 2 (0.2 7.1%), Cr4: 16 (8.3-23.7%), CR5: 4 (1.1-9.9%), CR6: 1 (0.1-5.4%), CR7: 6 (0.8-11.1%), CR8: 2 (0.2-7.1%), CR9:4 (1.1-9.9%) y CR10: 5 (1.6-11.3%). La tasa de incidencia de BRC ha disminuido de 4.66 casos/1000 catéter día a 0.71 casos/1000 catéter día ($p=0.059$).

Lecciones aprendidas.

La incidencia de la BRC puede ser disminuida con medidas simples que, aunque disponibles, frecuentemente son obviadas por el personal sanitario.

E-85

RELACIÓN ENTRE ESTRUCTURA MOTIVACIONAL Y SÍNDROME DE BURN-OUT EN LA ENFERMERíA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CARRILLO ALCARAZ A, ; ALMAIDA FERNANDEZ MB; SANCHEZ NIETO JM, ; LOPEZ MARTINEZ A; RIOS RISQUEZ MB Y LIEBANAS BELLON R.
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Motivación, Enfermería, Burn-out

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido realizado entre el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario.
Descripción del problema/necesidades.
La motivación es el impulso que nos lleva a actuar para satisfacer unas necesidades. La motivación consta de 3 planos, intrínseco, extrínseco y trascendente y la organización satisface cada uno de estos planos mediante una compensación. De la interrelación entre ambas se produce un compromiso del trabajador con la organización y una dedicación. La motivación puede afectarse por el síndrome de Bournout, con una prevalencia elevada en los trabajadores sanitarios. El objetivo del estudio es relacionar los diferentes planos de la estructura motivacional con el síndrome de Bournout.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Población a estudio: El personal de enfermería en activo de UCI. Instrumento: Encuesta validada con datos sociodemográficos, laborales y estructura motivacional: 58 ítems que miden los planos de la motivación, compensación, compromiso y dedicación mediante escala Lickert de 5 puntos. Para explorar Bournout se ha utilizado el cuestionario MBI-GS de 16 ítems con 3 planos: desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional. Los datos se expresan como medias ± desviación estándar, y la comparación mediante correlación de Spearman.
Resultados obtenidos.
Se analizan 43 cuestionarios (respuesta 100%). La edad media es 33±9 años, el 80.5% son mujeres y el tiempo medio de trabajo en UCI: 3.3±3.4 años. El desgaste emocional se relaciona, aunque débilmente, con la motivación intrínseca (r:-0.332; p=0.029), con compensación percibida extrínseca (r:-0.475; p=0.001), con compensación percibida trascendente (r:-0.355; p=0.019) y con compromiso intrínseco (r:-0.358; p=0.018). El cinismo se relaciona con motivación intrínseca (r:-0.365; p=0.016), con motivación trascendente (r:-0.353; p=0.020) compensación percibida extrínseco (r:-0.418; p=0.005) y con compromiso intrínseco (r:-0.313; p=0.041). Finalmente, la eficacia profesional se relaciona con la motivación trascendente (r:0.438; p=0.003), compensación percibida extrínseca (r:0.330; p=0.031), compromiso intrínseco (r:0.432; p=0.004) y dedicación (r:0.366; p=0.016).
Lecciones aprendidas.
El síndrome de Bourn-out esta relacionado con algunos de los planos de la motivación, compensación, compromiso y dedicación en la enfermería de UCI. Un abordaje para mejorarlo debería de contemplar acciones sobre ambos aspectos ya que definir cual es causa y el desenlace puede ser difícil

E-86

ENFERCOM: HERRAMIENTA PARA EVALUAR LAS COMPETENCIAS CLAVE DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL

ALONSO PÉREZ LAURA ; BILBAO GONZÁLEZ AMAIA Y LANDETA RODRÍGUEZ JON.
OSAKIDETZA

Palabras Clave: Competencias, Enfermeras, Fiabiliad, Validez

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en 5 hospitales públicos de la CAPV. Participaron médicos y enfermeras del ámbito asistencial, docente y gestor.
Descripción del problema/necesidades.
Ante la escasez de herramientas válidas y fiables para evaluar las competencias clave de la enfermera asistencial, nos planteamos elaborar una herramienta para evaluar dichas competencias y analizar su validez y fiabilidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
1. Elaboración del cuestionario mediante la realización de 4 grupos focales interdisciplinares. Se obtuvieron opiniones de expertos enfermeros del área docente, asistencial y gestora y médicos para la generación de los ítems. El cuestionario elaborado constó de 47 ítems.
2. Estudio piloto a partir de una muestra de 115 enfermeras con el fin de estudiar el comportamiento de los ítems.
3. Estudio de validez y fiabilidad. Se empleó el mismo cuestionario que en la prueba piloto y la muestra fue de 190. Análisis de validez: análisis factorial para detectar las competencias clave, correlación entre los factores resultantes y validez discriminante del instrumento comparando el nivel de competencias entre hospitales mediante el análisis de la varianza. Análisis de fiabilidad: consistencia interna de cada competencia clave mediante el coeficiente alpha de Cronbach, y estudio test-retest. Por último, se analizó la correlación entre el nivel de competencia y los años de experiencia profesional, y se estudió la opinión de las supervisoras.
Resultados obtenidos.
Se identificaron 4 competencias clave: juicio profesional, cuidados enfermeros personalizados, responsabilidad y orientación al cambio e innovación. El coeficiente Alpha de Cronbach fue superior a 0,7 en todos los casos. En el estudio test-retest no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de ambos tiempos. La correlación entre factores fue inferior a la propia consistencia interna del factor, cumpliéndose la teoría psicométrica. Se detectaron diferencias significativas en el nivel de competencia entre los diferentes hospitales. La correlación de los factores con la experiencia profesional no resultó estadísticamente significativa. El 72,2% de las supervisoras opina que la herramienta incluye toda la práctica asistencial.
Lecciones aprendidas.
La herramienta es válida, fiable y aplicable al área asistencial. Los años de ejercicio profesional no están relacionados con el nivel de competencia. Es preciso investigar otros factores que pueden influir como son: la formación, liderazgo de la Dirección, entorno de trabajo, cultura de la organización y grado de independencia en el ejercicio de la profesión.

E-87

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL SSPA

SALGUERO CABALGANTE, R; ALMUEDO PAZ, A; BREA RIVERO, P; CÁCERES VALVERDE, A; CEBALLOS POZO, M Y JULIÁN CARRIÓN, J.
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Palabras Clave: Promoción de la Salud, Acreditación, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
En 2005, en el contexto del Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía puso en marcha el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales para el Sistema Sanitario Público, (SSPA) mediante la elaboración de 63 Manuales de Competencias, 13 de ellos específicos para el ámbito de la Enfermería.
Estos manuales están estructurados en torno a 5 Bloques y 10 Criterios comunes a todas las disciplinas, en los que se recogen los aspectos que promueven la calidad y la atención sanitaria que se presta en el SSPA. Uno de estos criterios es el denominado Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria, donde se recogen las Buenas Prácticas relacionadas con las actuaciones preventivas y de promoción para mejorar la salud de los individuos, de los cuidadores y de las poblaciones en riesgo.
Durante su Acreditación, cada profesional revisa de forma sistemática su trabajo y verifica la proximidad entre sus Buenas Prácticas reales y las contenidas en su Manual de competencias, identificando posibles áreas de desarrollo y mejora.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretende conocer el nivel de desarrollo de las Buenas Prácticas vinculadas al criterio Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria, puestas de manifiesto por las enfermeras acreditadas mediante el Programa de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realiza análisis descriptivo de las Buenas Prácticas aportadas por soluciones aportadas las 355 enfermeras acreditadas por el Programa de Acreditación de competencias profesionales del SSPA.
Resultados obtenidos.
El desarrollo global del criterio Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria entre las enfermeras acreditadas ha sido del 72.91%.
Las Buenas Prácticas relacionadas con la Promoción de la Salud que han alcanzado mayor nivel de desarrollo son:
- El/la profesional participa en actividades para el seguimiento de la salud en poblaciones de riesgo. 86.1%
- El/la profesional conoce y sabe aplicar el Plan de Vacunación Andaluz vigente. 77.4%
- El/la profesional favorece el uso seguro y responsable del médicamente y de los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico. 72.5%
Lecciones aprendidas.
Las enfermeras acreditadas demuestran un notable desarrollo de las buenas prácticas vinculadas a la Promoción de la Salud.
Entendemos que esta información derivada del proceso de Acreditación de sus competencias profesionales, resulta valiosa para una adecuada
planificación del Desarrollo Profesional Continuo de los profesionales.

E-88

INCORPORACIÓN DE MEJORAS EN EL PROCESO DE AUDITORÍAS DE Hª DE SALUD EN LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

CEBALLOS POZO, M; ALMUEDO PAZ, A; BREA RIVERO, MªP; MARTÍN GARCÍA, SMª; MUÑOZ GARCÍA, MªM Y CÁCERES VALVERDE, AMª.
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.

Palabras Clave: Acreditación, Competencia Profesional, Auditoría, Historia Clínica.

RESUMEN

Contexto de partida.
La Agencia de Calidad Sanitaria ha desarrollado un Modelo de Acreditación de Competencias, que pretende reconocer la excelencia de los profesionales, basándose en la autoevaluación que el profesional hace de su práctica real. Se han elaborado 63 manuales de competencias que recogen las diferentes pruebas que un profesional debe aportar para alcanzar un determinado nivel de Acreditación (Avanzado, Experto, o Excelente).
La mayoría de estas pruebas hacen referencia a datos que deben estar reflejados en la Hª de salud del paciente, y que son aportadas a través de una herramienta informática (ME_jora P).
Hasta hoy 1.394 proyectos han culminado con la acreditación de profesionales a través de este proceso.
Descripción del problema/necesidades.
Durante el 1er semestre de 2008, se llevó a cabo el pilotaje de una primera auditoría de Hª de salud y registros asistenciales aportados por profesionales, siendo los proyectos de acreditación seleccionados por (1) aparentes incoherencias en la información aportada y (2) mediante un muestreo mixto polietápico.
Los registros auditados dentro de cada proyecto fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático.
Tras este pilotaje se planteó la definición de un procedimiento definitivo de Auditorías.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se utilizó la metodología del Ciclo de Mejora Continua definiéndose las soluciones aportadas siguientes mejoras para el 2009:
Toma de decisiones aplicando la metodología de aceptación de lotes por atributos mediante muestreo simple según UNE 66020.
Garantizar la significación estadística y la representatividad de la muestra de registros asistenciales (intervalo confianza 95%, error estándar 0.05%).
Resultados obtenidos.
Comparando los 36 profesionales del pilotaje con los primeros 36 auditados según el "nuevo procedimiento de auditorías" (NPA), se observan las siguientes diferencias: Total de Registros aportados por los profesionales seleccionados: 4.743 (pilotaje)/4.512 (NPA) Total de registros en la muestra seleccionada: 720 registros (pilotaje) /281 (NPA).
Profesionales con discrepancias entre información aportada y resultado auditoría: 1 (Pilotaje)/4 (NPA).
Lecciones aprendidas.
La experiencia obtenida en el pilotaje de 2008 ha permitido afianzar la metodología del ciclo PDCA en la mejora continua del proceso, en este caso consolidando las Auditorías de Hª de Salud en el Proceso de Acreditación de Competencias al incorporar mejoras y adoptando una metodología (UNE 66020) coherente, extendida, efectiva y más eficiente.

E-89

HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS BASADAS EN LA EVALUACION DE COMPETENCIAS

PERIÁÑEZ VEGA, M. ; NAVARRO LIZARANZU, J.; SESE CACERES, A.; FERRRERO ALVAREZREMENTERIA, J. Y ALMUEDO PAZ, A..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: Competencia, Formación, Desarrollo Profesional

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se ha desarrollado por profesionales de tres Áreas de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: competencias profesionales, sistemas de información y formación continuada. Tiene como base los estándares de nivel excelente del Manual para la acreditación de la formación y las competencias definidas para la acreditación de profesionales en Andalucía.
Descripción del problema/necesidades.
El Manual de estándares para la acreditación de la formación continuada identifica elementos de calidad relacionados con la utilidad de la misma en términos de adquisición de competencias y su impacto en el desarrollo profesional, siendo los que alcanzan un menor índice de cumplimiento en los procesos de acreditación. El Objetivo es favorecer la elaboración de itinerarios formativos individuales basados en niveles de logro competenciales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseñó una propuesta (tablas dinámicas) al área de SS.II. sobre programación formativa basada en las buenas prácticas de los Manuales de acreditación de competencias profesionales, y que permita incorporar competencias transversales, generales o específicas de cualquier ámbito del sector sanitario (profesionales asistenciales, de gestión y servicios, directivos, etc.), para construir mapas competenciales a medida del profesional, identificando su nivel de logro inicial y el itinerario priorizado que debe seguir para alcanzar el máximo nivel. Se dibujó el ciclo: hoja de trabajo autoevaluativa, hoja de ruta y hoja de evaluación postformación, y se establecieron los diferentes perfiles de acceso: responsable de formación, responsable de unidad funcional y profesional
Resultados obtenidos.
El Área de SS.II. ha diseñado una aplicación en entorno web local con los parámetros mencionados y la posibilidad de emitir planes de formación priorizados, teniendo en cuneta los niveles previos y si la competencia es imprescindible o deseable.; planes de formación de unidades funcionales y la oferta formativa del centro. Durante el 2º semestre se efectuará un pilotaje en dos centros con Unidades de formación acreditadas y unidades de gestión clínica acreditadas. Se pretende que la aplicación sea interactiva entre centros para el próximo año.
Lecciones aprendidas.
La detección de necesidades formativas de manera homogénea en los diferentes centros del SSPA puede facilitar el cumplimiento de estándares excelentes, compartir programaciones formativas y favorecer la circulación de profesionales entre entidades del SSPA. Además, puede ser un instrumento de gran valor para facilitar la medición del impacto de la formación en el desarrollo profesional continuo.

E-90

MULTIPORTFOLIO. UNA HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL INDIVIDUALIZADO

JOSE ANTONIO PRADOS CASTILLEJO; JUAN CARLOS ARBONIES ORTIZ; ELENA MUÑOZ SECO; FERNANDO SALCEDO; MIREIA SANS Y GLORIA GUERRA.
C.S: LUCANO

Palabras Clave: evaluación competencias, desarrollo profesional, médico familia

RESUMEN

Contexto de partida.
Dentro del modelo de Gestión del conocimiento Semfyc y teniendo en cuenta la necesidad de generar líneas de desarrollo profesional diferentes en función del contexto en el que cada médico de familia trabaja, se perfila dentro de la organización la necesidad de generar una herramienta informática flexible adaptable a cualquier entorno. Para ello se definió un grupo de profesionales dentro de la organización expertos en evaluación de competencias (Ecoe, portfolio...), en formación y en desarrollo profesional.
Descripción del problema/necesidades.
Diseñar y crear una herramienta informática on-line para la problema/ autoevaluación de los profesionales con feed-back automatizado, necesidades aplicable a distintos entornos profesionales. Esta herramienta estará basada en el portfolio semiestructurado pero podrá incluir cualquier tipo de herramienta de evaluación, especialmente aquellas con mayor impacto educativo (evaluación formativa).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Adaptación metodologías Portfolio internacionales a nuestro entorno cultural y al modelo de gestión por competencias Diseños de pasos en la herramienta: generación de áreas y componentes competenciales, elaboración de mapas de competencia (conocimiento, habilidad y actitud), diseño de indicadores globales por competencia y de evidencias o indicadores operativos por indicador global. Establecimeinto de tareas (preferentemente prospectivas) para la autoevaluación de los indicadores operativos. Proceso automatizado de feed-back. Sistema de tutorización Vinculación a actividades formativas por cada competencia Pilotaje Encuesta de satisfacción
Resultados obtenidos.
Herramienta multiportfolio. Permite portfolios para 8 líneas de desarrollo profesional, amigable, sencillo, fácil de cumplimentar. Los profesionales piensan que Estimula el aprendizaje, Crea rutinas de buena praxis. Lo recomendarían a compañeros. Por el contrario sienten las siguientes dificultades: exceso de tareas para la carga asistencial que existe, cuesta trabajo reflexionar por falta de cultura, y se percibe la necesidad de un reconocimiento institucional. Se definen estrategias de mejora de la herramienta.
Lecciones aprendidas.
La herramienta es útil par a los objetivos de desarrollo profesional individualizado de la organización aunque depende tanto de la propia herramienta como de los mapas competenciales definidos y los criterios de evaluación lógicamente. Buscar la simplicidad favorece la aceptabilidad, la posibilidad de adherencia a la evaluación por las dificultades de falta de tiempo y exceso de carga de los profesionales y por tanto el cambio cultural necesario.

E-91

LOS MÉDICOS CREEN QUE ES BUENO PASAR POR EXÁMENES PERIÓDICOS DE RECERTIFICACIÓN

MOLINER, J; CARRERAS, P; RABANAQUE, MJ; JUDEZ, D; ORTEGA, MT Y MOZOTA, J.
HOSPITAL DE BARBASTRO

Palabras Clave: Certificacion, Internet

RESUMEN

Contexto de partida.
Encuesta sobre opiniones y comportamientos de la profesión médica, dirigida a todos los médicos del Sistema de Salud de Aragón, cumplimentada a través de una página web. Periodo de estudio: junio-noviembre de 2008

Descripción del problema/necesidades.
Determinar qué proporción de médicos están de acuerdo con la puesta problema/ en marcha de algún sistema de recertificación profesional, y analizar necesidades las características del médico que se asocian con esta opinión.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se analiza la relación entre el grado de acuerdo con pasar por exámenes periódicos de recertificación y ciertas variables del médico. Test estadisticos de ji cuadrado y modelo de regresión logística considerando como variable dependiente estar muy de acuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación y como variables independientes especialidad, sexo, edad, ámbito de trabajo, tutor de residentes, formación vía MIR, uso de tecnologías y posición profesional

Resultados obtenidos.
Se recogieron 659 encuestas (tasa de respuesta: 13%). El 55,3% de los profesionales médicos están de acuerdo con pasar por exámenes periódicos de “recertificación”, y un 8,2% está muy de acuerdo. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas son sexo o edad, ni especialidad o ámbito de trabajo. Están muy de acuerdo el 12,1% de los que han sido tutores en los últimos tres años y solo el 6% de los que no lo han sido (p=0,011), de la misma manera el 9,6% de los que obtuvieron su especialidad vía MIR frente al 4,7% de los que la obtuvieron por otro sistema. En cuanto al uso de las tecnologías, el 58,6% de los que utilizan el email con frecuencia están de acuerdo con pasar por exámenes de recertificación, frente al 42,9% de los que nunca utilizan este medio (p=0,037). Existe relación directa entre estar de acuerdo con esta afirmación y haber participado como revisor de alguna revista profesional en los último tres años (p=0,025). Según el modelo de regresión logística, la probabilidad de estar muy de acuerdo con la recertificación es mayor en los que han sido tutores de residentes: OR=2,9 (IC95%:1,1-7,5), los que se formaron vía MIR: OR=5,0 (IC95%:1,7-14,5) y los que han participado como expertos en alguna ocasión: OR=3,2 (IC95%:1,19,0)

Lecciones aprendidas.
Más de la mitad de los médicos están de acuerdo con la recertificación, y el porcentaje es mayor entre los que desempeñan papeles más destacados en la creación de opinión, como son los tutores de residentes o los que más participan como expertos en medios de comunicación. Variables como la edad o el sexo del médico, su especialidad o el ámbito de trabajo no parecen estar relacionadas con la opinión en este tema

E-92

PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE EL VALOR E IMPACTO DE LA ACREDITACIÓN SANITARIA

REYES ALCÁZAR, V. Y SOTILLOS GONZÁLEZ, B. .
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Palabras Clave: Acreditación, Investigación, Evaluación de Impacto, Metodología

RESUMEN

Contexto de partida.
La acreditación es un sistema internacionalmente reconocido para evaluar la calidad asistencial, desarrollada en multitud de países. Por su parte, la investigación sobre acreditación en salud, como disciplina, tiene un desarrollo reciente, con aportaciones procedentes de enfoques y contextos muy diferentes. En 2008 aparecieron dos recopilaciones de especial valor, procedentes de sendas instituciones de referencia: una revisión sistemática sobre investigación en acreditación (Centre for Clinical Governance Research, Australia) [Doc. 1] y un informe de revisión de la literatura sobre el valor y el impacto de la acreditación sanitaria (Accreditation Canada) [Doc. 2]. En ellas, se revisa la principal producción científica referida a impacto, efectividad o valor de la acreditación.

Descripción del problema/necesidades.
La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como organización que desarrolla procesos de acreditación, considera los Doc. 1 y 2 como una oportunidad para la reflexión y el aprendizaje en colaboración con otros, manifestando un especial interés hacia el tipo de análisis utilizado en las investigaciones incluidas en ambas revisiones, asunto que se trata en esta comunicación. La amplitud del objeto de estudio (acreditación sanitaria) requiere sistematizar los hallazgos encontrados, de tal manera que sirvan como orientación para futuras investigaciones por parte de instituciones especializadas, como la propia Agencia.

Desarrollo y soluciones aportadas.
I) Comparativa de investigaciones entre Documento 1 (75 referencias bibliográficas) y Documento 2 (34 referencias). Como resultado, se obtuvieron 11 referencias coincidentes entre ambas Fuentes, que constituyen el ámbito de análisis de esta comunicación. II) Análisis preliminar y exclusión de 2 de esas 11 referencias, por tratarse respectivamente de monografías o editoriales de revistas científicas, de tal manera que la muestra final está constituida por 9 investigaciones. III) Análisis de contenido de la muestra y desarrollo de categorías que informen sobre la perspectiva de análisis empleada.

Resultados obtenidos.
Las perspectivas de análisis más frecuentes son: 1) comparación entre centros acreditados y no acreditados; 2) comparación entre centros acreditados y estándares de benchmarking; 3) comparación entre herramientas de medición de la calidad (puntuaciones Joint Commission versus sistemas propios de indicadores); 4) reflexión crítica sobre el marco regulatorio de un modelo de acreditación.

Lecciones aprendidas.
Hay diversidad de aproximaciones metodológicas al investigar sobre acreditación, aunque muchas de ellas comparten un enfoque comparativo.

E-93

EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y TRANSFERENCIA DE LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA

VILCHEZ ROJAS, J.L.; BLESA FRANCO, S.; FUENTES RODRÍGUEZ, F.; MESQUIDA GARRIDO, F.; RIVAS CAMPOS, A. Y GORLAT SÁNCHEZ, B.. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA

Palabras Clave: Formación, Enfermería, Desempeño, Transferencia, Impacto, Desarrollo

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente trabajo se ha desarrollado en el Hospital Virgen de las Nieves, en el área de Desarrollo Profesional de la Subdirección de RR.HH. en cooperación con el equipo de Dirección de Enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
Buscar la adecuación entre las necesidades reales y la programación y desarrollo de acciones formativas. La repercusión para con los pacientes se verá reflejado en una mayor efectividad, calidad y profesionalidad en los cuidados de enfermería. Con el objetivo de garantizar la calidad y como estrategia de mejora continua de los profesionales de enfermería se implementa y desarrolla este procedimiento metodológico. La cuantificación, en relación al proceso de detección de necesidades formativas, viene determinada por los mapas de competencias y los Planes de Desarrollo derivados de la Evaluación del Desempeño.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras el análisis de las acciones formativas de enfermería realizadas en el centro HUVN durante el 2008, se procede a hacer un análisis del impacto de dichas acciones formativas sobre los profesionales y los servicios de adscripción. El proceso se ha llevado a cabo mediante metodología de encuesta, se han desarrollado 2 cuestionarios tipo Likert, en el cual se establecen 5 niveles. Uno de los cuestionarios va dirigido a los supervisores, y el otro cuestionario se dirige a los discentes. Fue una acción dirigida y coordinada por la Subdirección de RR.HH y la Dirección de Enfermería.
3 FASES: -Pre análisis; -Implementación del proceso; -Análisis de resultados (objetivos cumplidos, sobre profesionales) desde la perspectiva de los supervisores.
Resultados obtenidos.
El resultado del proceso del análisis de impacto, determina el grado de consecución e implementación de los objetivos de los eventos de formación, adquisición de competencias y transferencia de las mismas, en relación al desempeño profesional en la administración de cuidados hacia los usuarios del sistema. Ha sido un proceso de mejora continua, basado en la calidad y en la orientación al usuario.
Lecciones aprendidas.
Necesidad de establecer criterios objetivos para el plan de formación y desarrollo profesional. Implicar a los profesionales de manera interdisciplinar. Crear cultura entre los responsables de los servicios y los profesionales. A través de la evaluación de impacto optimizamos los recursos en cuanto a las necesidades reales de formación, costes temporales, económicos y orientación a la satisfacción al usuario. Se evalúa la eficacia y la eficiencia en la formación desarrollada en el Hospital, así como se detectan áreas de mejora en las acciones formativas.

E-94

HOSPITALIZACIONES POR PROCESOS SENSIBLES A CUIDADOS AMBULATORIOS EN EL ÁREA DE SALUD DE CÓRDOBA: TENDENCIAS 1999-2008.

MIÑARRO DEL MORAL, R.M.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; CASTRO RUIZ, M.J.; ROMERO CAMPOS A. ; RUIZ GARCÍA A. Y ARANDA LARA, J.M.. UNIDAD DE CALIDAD.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Procesos sensibles a cuidados ambulatorios

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio descriptivo realizado por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del HURS. Partiendo del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta de Andalucía (CMBD-A), se obtienen un conjunto de indicadores (Hospitalizaciones por Procesos Sensibles a Cuidados Ambulatorios, HPSCA) que pueden funcionar como “alertas” de potenciales problemas en la prestación de cuidados en Atención Primaria.
Descripción del problema/necesidades.
Las HPSCA constituyen un conjunto de indicadores relativamente problema/ reciente que es utilizado, en función del contexto, para detectar necesidades problemas de desigualdades, de accesibilidad a cuidados ambulatorios o como indicador indirecto del funcionamiento de AP. El objetivo de este trabajo es conocer la magnitud de las HPSCA en nuestra área y analizar sus posibles utilidades en nuestro contexto.
Desarrollo y soluciones aportadas.
A partir de los ficheros del CMBD-A de nuestro hospital correspondientes al periodo 1999-2008 se han obtenido las HPSCA. Los criterios utilizados han sido los definidos por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, EEUU). Se realiza un análisis gráfico de las tendencias en el periodo para el nº de ingresos, nº de usuarios afectados y nº de estancias consumidas.
Resultados obtenidos.
En los diez años analizados, la mayoría de los motivos de ingreso considerados por la AHRQ como HPSCA muestran un descenso tanto en nº de ingresos y usuarios afectados como en estancias consumidas. Ascienden los ingresos por Amputación de Miembros Inferiores en Diabéticos y por Infección Urinaria Pediátrica. Resulta llamativa la estabilidad en el periodo del Porcentaje de Apendicitis perforada sobre el total de Apendicitis en niños y del nº de ingresos por Neumonía Bacteriana. Globalmente, los ingresos por estos motivos, potencialmente evitables desde AP, ha descendido en el periodo un 26,5%, siendo más marcado en términos de las estancias consumidas (31,6%), si bien, las HPSCA representan un consumo de estancias equivalentes a 118 camas/año.
Lecciones aprendidas.
Las Hospitalizaciones por Procesos Sensibles a Cuidados Ambulatorios son un conjunto de indicadores de fácil obtención desde las bases de datos administrativas existentes. Aportan información de interés tanto para Atención Primaria (potenciales problemas de funcionamiento) como para Atención Hospitalaria (nichos de estancias potencialmente evitables). Dado que los factores subyacentes son múltiples no son directamente “imputables” al funcionamiento de AP pero si ofrecen un elemento de alerta y reflexión, máxime cuando la mayoría de ellos están directamente relacionados con los Procesos Asistenciales Integrados.

E-95

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE OBJETIVOS DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES

*LEÓN MARQUEZ, M.; SANTACRUZ RODRÍGUEZ, P.; LUQUE GUZMÁN, C. Y ARANDA LARA, J.M..
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA DE CORDOBA

Palabras Clave: Dirección por objetivos, Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.

El Servicio de Sistemas de Información del Hospital Universitario Reina Sofía está integrado por profesionales con formación técnica informática y en Organización y Gestión de Servicios de Salud, lo que nos ha permitido abordar este proyecto.

Descripción del problema/necesidades.

Uno de los principales problemas para el seguimiento de objetivos y la evaluación de las Unidades Asistenciales es el escaso nivel de integración de las aplicaciones, unido a la dispersión de fuentes de información y a la inexistencia de herramientas de explotación. Tras el análisis de situación, con el impulso de la Dirección Gerencia, se propuso la creación un sistema de base de datos orientado a la monitorización de los objetivos estratégicos de la Organización y de las Unidades Asistenciales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El objetivo fundamental es dar apoyo a la Gestión de las Unidades soluciones aportadas Asistenciales. Se realizó el análisis de situación abordando las siguientes fases del proyecto: •Construcción del modelo funcional •Definición clara de indicadores y diccionario de datos •Identificación de las fuentes de datos •Integración de la información dispersa en varias fuentes para la creación de un repositorio común de datos •Diseño de informes de resultados dirigidos a Unidades Asistenciales •Se realizó un pilotaje inicial para validar el sistema. A lo largo de los dos años transcurridos desde su puesta en marcha se han incorporado mejoras al diseño y se han ido ampliando contenidos.

•Se ha propiciado la colaboración con otros servicios/unidades, contribuyendo así a la mejora del Sistema •Difusión vía Web del Servicio de Sistemas de Información

Resultados obtenidos.

La implantación de este sistema ha supuesto un avance significativo en los siguientes aspectos: •La dirección dispone de una información integrada y sistematizada, única y compartida por todo el equipo.

•Las Unidades Asistenciales disponen de una información unificada que les permite hacer un seguimiento del resultado de sus objetivos.

•El feed-back de información es clave para la mejora continua de los procedimientos y de la calidad de los datos.

•Se ha facilitado el proceso de evaluación de las Unidades Asistenciales

Lecciones aprendidas.

•El fomento de la cultura de colaboración/coordinación entre servicios/unidades, como valor de la organización ha generado un impacto positivo, haciendo posible que las Unidades Asistenciales y la Dirección dispongan de información integrada y unificada.

•La actitud proactiva, la unión de esfuerzos y la puesta en común de capacidades han hecho posible que este proyecto hoy en día sea algo vivo y en continua adaptación

E-96

PROCESO DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

VIDAL MILLA, A; FIGUEROLA BATISTA, M..; TORRAS BOATELLA, MG; CHICOTE CARQUERO, S. Y CALLE, C..
INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Palabras Clave: Acreditación Hospitales, Mejora Continua

RESUMEN

Contexto de partida.

En el año 2007 se promovió desde la Dirección Corporativa del Instituto Catalán de la Salud (ICS) la valoración de los estándares de calidad en todos los Hospitales del ICS.con el fin de obtener la acreditación de calidad. Este proceso se llevó a cabo con la implicación directiva de los 8 hospitales del ICS (Arnau de Vilanova, Bellvitge, Germans Trias i Pujol, Josep Trueta; Joan XXIII, Vall d'Hebró, Verge de la Cinta, Viladecans), los referentes/coordinadores de calidad y los profesionales de cada centro.

Descripción del problema/necesidades.

Desd el Departamento de Salud de Catalunya se estableció en el Decreto 5 i 658/2006 un modelo propio de calidad elaborado por expertos y que pudiera ser aplicable a todos los hospitales de la Red pública basado en el EFQM. Si bien es cierto que en todos los hospitales del Institut Català de la Salut se habían desarrollado distintas experiencias y planes de calidad, sobre todo basadas en las acreditaciones ISO, no existía como modelo de empresa una línea única a seguir. A partir de este decreto el Instituto Catalán de la Salud, estableció una estrategia común con el fin de que todos los Hospitales del ICS implantaran y desarrollaran el Modelo EFQM.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se desarrolló en el año 2008: Se incorporó una dirección corporativa de calidad en el ICS Creación de un grupo coordinación de los Hospitales y un grupo de trabajo de la acreditación online. Incorporación del proceso de acreditación dentro de las DPO Se realizó un intercambio de experiencias, herramientas y documentos de cada centro. Se realizo un proceso de autoevaluación con la participación de las direcciones corporativas, direcciones del centros, a partir de aquí se contrató a consultarías evaluadoras para realizar una auditoria externa.

Resultados obtenidos.

Los resultados otorgados por las auditoria externas son: Globales: 70,8 %; liderazgo: 85,6; política y estrategia: 85,6%;personas: 84%; alianzas y recursos: 81%; Procesos:86%; resultados clientes: 83,5%; sociedad: 66,3; personas: 68,3%; Claves: 65,6%

Lecciones aprendidas.

Implementar un modelo de calidad común a todos los hospitales ha propiciado impulsar y promover la mejora continua como un elemento clave y estratégico en todos los niveles asistenciales así como un alineamiento a los objetivos del departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya. Se ha introducido en los acuerdos de gestión y en las DPO`s. de todos los profesionales Garantiza la continuidad de la mejora en todos los servicios y unidades .

E-97

DESARROLLO DEL MODELO DE ACREDITACIÓN EN CATALUÑA.

LÓPEZ VIÑAS, M. LL *.; GUZMÁN SEBASTIÁN, R.; COSTA VILAR,N.; TIRVIÓ GRAN, C.; DAVINS MIRALLES, J Y ELVIRA MARTINEZ,D..
DEPARTAMENT DE SALUT

Palabras Clave: Acreditación Hospitales, Modelo Catalán, Desarrollo

RESUMEN

Contexto de partida.

La administración sanitaria dispone de herramientas para garantizar el nivel de calidad que los centros sanitarios ofrecen a sus ciudadanos. La acreditación es uno de los sistemas que se ha demostrado más eficaz. Cataluña dispone de una amplia experiencia en acreditación; el servicio de Calidad Asistencial y Acreditación es la unidad del Departamento de Salud encargada de la gestión y desarrollo del dicho sistema.

Descripción del problema/necesidades.

Aplicación de un modelo de acreditación innovador, con filosofía EFQM y metodología de acreditación en 83 hospitales catalanes.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Análisis de la aplicación del sistema de acreditación en una muestra representativa de hospitales catalanes. Valoración del proceso y de los resultados obtenidos

Resultados obtenidos.

Resultados sobre: plan de formación dirigido a hospitales y a entidades evaluadoras, plan de comunicación del modelo de acreditación, gestión de la acreditación de centros sanitarios de atención aguda (autoevaluaciones, evaluación externa de los estándares, evaluación post-comité de acreditación), gestión de la autorización de entidades evaluadoras, gestión de la atención al cliente externo e interno.

Lecciones aprendidas.

Los resultados obtenidos confirman la gran aceptación de los hospitales a este nuevo modelo de acreditación catalán, destacando el grado de implicación de sus líderes y un amplio abanico de profesionales de los centros. La formación y la comunicación transparente se demuestran como una buena estrategia para la adhesión de los centros a un modelo innovador y no exento de complejidad. El contacto directo y la resolución de problemas a medida que se desarrolla el proceso de acreditación favorece una comunicación fluida entre el organismo acreditador y el centro acreditado, lo que repercute en la calidad técnica de la aplicación del proyecto.

E-98

¿EXISTEN CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS C. DE ÉTICA ASISTENCIAL? UN ENFOQUE DESDE LA R.DE MURCIA.

CÁRCAR BENITO, J. E.; CÁNOVAS INGLÉS, A.; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, PAZ; URÁN GARCÍA, J. E.; VILLAR LORENZO, A. B. Y RUIZ ROS; J.M..
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO CONSEJERÍA

Palabras Clave: Ética Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

Dirección General de Atención al Ciudadano Consejería de Sanidad y Consumo.
C. Asesor Regional de Ética Asistencial. Visita a diversos Comités acreditados.
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS.

Descripción del problema/necesidades.

Problemática: Efectividad del trabajo. Metodología: mejora continua de la calidad que una vez medida mediante evaluación externa reglada (auditoría)y con unidades de medida (criterios y estándares) permite asegurar públicamente (acreditar), que un determinado CEA alcanza un nivel de calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Grupo con conocimientos de Derecho Sanitario y Bioética y formación soluciones aportadas en calidad asistencial.
Fases.
1ºEstudio de la normativa de las CCAA, de acreditación de los CEAs 2º Estudio de los modelos de acreditación sanitaria.
3º Estudio descriptivo de las Memorias de los CEAs acreditados en la Región de Murcia, desde el 2006.
4º Definir Unidades de medida .
5º Adecuación de estándares de calidad para el ámbito estatal y regional.

Resultados obtenidos.

Estándares (nivel mínimo cumplimiento de un determinado criterio) y los indicadores, unidades de medida consensuadas partirían de: 1) Número de informes para el asesoramienyo a los profesionales del ámbito sanitario y a los pacientes y usuarios en la toma de decisiones que planteen conflictos éticos; incluiría el número de informes para el asesoramiento a los centros e instituciones sanitarias privadas que no cuenten con C.de Ética Asistencial propio.
c) Nº de propuestas a la Dron. del centro sobre protocolos de actuación para aquellas situaciones que generen mayores conflictos éticos.
d) Nº actividades en formación continuada de los profesionales sanitarios en materia de ética asistencial que han colaborado sus miembros e) Nº de sugerencias registradas que afecten a los derechos de las personas que intervienen en la relación asistencial y su humanización desde la realidad del centro f) Nº de Items establecidos que cumple la memoria anual de actividades, de la que se dará traslado a la Gerencia o Dirección delcentro y al C. A. Regional de É. Asistencial.
g) Nº de estudios en materia de E. A.

Lecciones aprendidas.

La lección principal es: la Administración Sanitaria deberá promover entre los profesionales sanitarios el interés por los aspectos éticos relacionados (práctica asistencial, nuevos procedimientos y tecnologías) ; así como, la relación médico-paciente
La acreditación y su renovación, a través de criterios y estándares de calidad, debe servir para potenciar la función esencial de los CEAs que es el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter ético

E-99

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN GRUPO SANITARIO

BLANCO RODRÍGUEZ, M; ALFARO CADENAS, L; GÓMEZ FELIPE, E Y BADIA PERICH, E.
NÚCLEO CENTRAL DE CALIDAD DE CAPIO SANIDAD

Palabras Clave: ISO, No conformidad, NCC, Capio Sanidad

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realiza desde el departamento central de calidad de Capio Sanidad, denominado Núcleo Central de Calidad (NCC), formado por el responsable corporativo y por tres técnicos, con la colaboración de los Coordinadores de Calidad de ocho centros de agudos de Capio Sanidad con certificación ISO 9001:2000

Descripción del problema/necesidades.

Tras la implantación, en 2003, de un sistema de gestión de calidad homogéneo en el grupo, era preciso realizar un seguimiento y análisis global, que incluyera valoración de la efectividad de las mejoras introducidas y detección de nuevas áreas de mejora Para la cuantificación del estudio se utilizan los resultados de las auditorías anuales de seguimiento y recertificación, en su caso, realizadas por AENOR en ocho centros de agudos del grupo, en diferentes CC.AA. y en un período de cuatro años, desde 2005 a 2008

Desarrollo y soluciones aportadas.

Además del NCC, se hallan directamente implicados en el estudio todos los miembros de las comisiones de calidad de los ocho centros, denominadas Núcleos Promotores de Calidad (NPC's) y la Dirección corporativa. Del análisis de los primeros informes de auditoría externa se aprecian aquellos puntos de norma ISO en los que se han producido el mayor número de No Conformidades y, concretamente, el punto 7 (realización del producto/servicio) representa un 39,4% sobre el total, punto crítico por estar directamente relacionado con la prestación del servicio y satisfacción del paciente Desde el NCC de Capio Sanidad se impulsan, entonces, determinadas acciones correctivas a través de los tutores de calidad, las auditorías internas (se incide de forma más exhaustiva en las áreas a mejorar), realizándose finalmente el seguimiento y valoración de las acciones emprendidas La Dirección corporativa desarrolla, a su vez, herramientas para la gestión de reclamaciones (llamada IGR), para la evaluación de la satisfacción del paciente, o para la gestión de la actividad asistencial (IMDH), con intervención de varios departamentos centrales (Sistemas, Marketing, Calidad…)

Resultados obtenidos.

De 2005 a 2008 se ha reducido un 68%, el número total de No Conformidades; se ha reducido también en un 81% el número de NC´s derivadas del punto 7 de la Norma; finalmente el peso porcentual de éstas con respecto al total ha pasado del 39,4% en 2005 al 23,8% en 2008. Lo que se traduce en mayor seguridad y satisfacción de nuestros pacientes

Lecciones aprendidas.

En un entorno multicéntrico con un sistema de gestión de calidad homogéneo no pueden tratarse las auditorías externas de forma particularizada para cada uno de los centros

C-862

SISTEMATIZACIÓN E INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LOS PROCESOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE DOCENCIA MIR

CONDOMINES, B.; RIERA, E.; YSAMAT, M. Y CASARES, M..
CETIR GRUP MÈDIC

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

CETIR Grup Mèdic (CGM) tiene certificadas 16 de sus unidades asistenciales según la norma ISO 9001:2008. Desde 1989, CETIR Centre Mèdic (CCM), empresa integrante del Grupo, tiene acreditada una plaza para la formación MIR en la especialidad de Medicina Nuclear.La colaboración entre un representante de la Unidad Docente MIR de CCM y el Departamento de Calidad de CGM ha permitido integrar los procesos relacionados con la Gestión de la Docencia MIR en el Sistema de Calidad (SC) del Grupo.

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto permite adaptarse a los cambios legislativos, fundamentalmente al Real Decreto 183/2008, y a las recomendaciones de la Asociación de Redes Docentes y Asesoras (AREDA). Da respuesta a la voluntad de la Dirección por integrar en el SC todos los ámbitos de gestión de la organización, y tiene como propósito mejorar la eficacia y eficiencia de la Gestión de la Docencia, sistematizando y homogeneizando los procesos y definiendo las responsabilidades y funciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.Creación de un equipo de trabajo. 2.Estudio de la legislación vigente.3.Definición del Diagrama de Procesos, determinación de la documentación y registros. 4.Diseño de procesos y redacción de la documentación: Procedimientos e Instrucciones de Trabajo, Documentos y Registros Derivados. 5.Presentación a la Comisión Docencia (CD) y a Dirección General. Aprobación.6.Distribución a grupos de interés según el procedimiento del SC (Intranet).7.Implantación

Resultados obtenidos.

Se ha incorporado a la CD un experto en Calidad. Se han redefinido atribuciones y funciones.La gestión documental,la dotación de recursos y las auditorías siguen los procedimientos del SC de CGM.La documentación desarrollada sistematiza y unifica los registros relacionados con el funcionamiento de la CD,incorporación MIR, relación con organismos nacionales y autonómicos, otras CD y establecimiento de Unidades Docentes Asociadas.La formación del tutor se ha incluido en el Plan Formativo anual(profesionalización).Se han sistematizado la solicitud y aceptación de rotaciones externas, registros, indicadores de satisfacción de MIR.La creación de una carpeta de docencia en la intranet ha facilitado la actividad tutorial; se cumplimenta el Libro del Residente y archivan los registros derivados de las rotaciones, actividades formativas y científicas.

Lecciones aprendidas.

La integración de la gestión docente en el SC asegura el cumplimiento de las actividades de la CD,de la actividad tutorial y de las obligaciones del residente,dota de una estructura docente,reconocimiento y prestigio interno,alinea profesionales y aporta valor a la organización.

C-863

DIAGNÓSTICO DE LA CALIDAD PERCIBIDA SOBRE EL LABORATORIO CLÍNICO POR MEDIO DE ENCUESTAS DE OPINIÓN

TORMO, C.; CONCA, M.; VICIANO, N.; VILLALBA, C.; CIPRIAN, D. Y SANCHEZ, J.F..
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Palabras Clave: Encuestas de opinión, Acreditación, Laboratorio clínico

RESUMEN

Contexto de partida.
La realización de encuestas de satisfacción a los clientes de la prestación de un servicio se ha constituido una práctica generalizada, especialmente en el contexto de las empresas certificadas o acreditadas, ya que forma parte de las actividades de control incluidas en los sistemas de la calidad implantados. En el presente trabajo presentamos los resultados de una encuesta de opinión realizada a los clientes directos del laboratorio (Dirección, Facultativos [F] y Enfermería [E]) del Departamento de Salud 20 de la Comunidad ValenciANA en el último trimestre del 2008

Descripción del problema/necesidades.
El Hospital General Universitario de Elche ha puesto en marcha un Sistema de Calidad Total que incluye, dentro de sus objetivos, el desarrollo de actividades de promoción de la evaluación de la calidad en toda la institución por medio de implementaciones en los servicios asistenciales. En este escenario, el Servicio de Análisis Clínicos se ha propuesto iniciar las actuaciones necesarias para establecer un sistema de la calidad basado en la norma ISO 15189:2003. Por ello quisimos conocer la opinión de nuestros clientes internos sobre la calidad percibida de modo que obtengamos una visión general de partida

Desarrollo y soluciones aportadas.
La encuesta de opinión fue distribuida en todo el Departamento de Salud, entre los distintos estamentos, tanto en los centros de salud como en el hospital. El contenido de la encuesta revisaba, a través de 9 preguntas con 5 grados de satisfacción, la mayoría de los puntos de interés relacionados con el laboratorio: instalaciones, fiabilidad técnica, accesibilidad, cartera de servicios, tiempo de respuesta, etc. La satisfacción se estableció para las respuestas más altas

Resultados obtenidos.
Globalmente, los peores resultados fueron (11.1%) para las instalaciones y el aspecto mejor valorado resultó la fiabilidad técnica (71.1%). Comparamos por medio del tesc( )-13(p)15(o)1daidaidaio n

C-865

ANÁLISIS DE NECESIDADES FORMATIVAS PARA LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DE UN CENTRO DE PRIMARIA

BONILLO GARCÍA, M.A.*; GUERRERO GARCÍA, F.J.; MONTORO RUIZ, R.; PUERTAS TAMAYO, A.; MORENO GARCÍA, M. Y SEVILLA MARTÍN, F. J..
CENTRO DE SALUD GRAN CAPITÁN

Palabras Clave: Acreditación de programas, Atención primaria.

RESUMEN

Contexto de partida.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) "Gran Capitán" la constituyen 80 profesionales, atiende a una población de 40.000 habitantes, es urbana y de nivel socio-económico medio-alto. El Plan de Formación 2009-2012 pretende establecer prioridades en la planificación e implementación de la formación de todos los profesionales, para avanzar hacia el desarrollo profesional y la acreditación del Programa de Actividades de Formación Continuada en el marco del Plan de Calidad 2008-2011 de la UGC.

Descripción del problema/necesidades.

El análisis de necesidades formativas es el primer paso del plan de formación ya que los objetivos del mismo se deberán desarrollar en términos de competencia (conocimientos, habilidades y actitudes) para que cada grupo profesional pueda realizar su trabajo de forma adecuada y de esta forma fomentar el liderazgo competitivo de la UGC para ofrecer más y mejores servicios. Se define un objetivo general: garantizar una atención integral y aumentar la satisfacción percibida de nuestra población de referencia, y unos específicos. La pertinencia se determinará por la correspondencia entre las necesidades detectadas y los objetivos definidos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1ª fase: tormenta de ideas para la detección de necesidades formativas en cada uno de los grupos profesionales. 2ª fase: análisis y priorización de las necesidades detectadas en 1ª fase, con los criterios de Hanlon, por el Grupo de Calidad para la Acreditación de la Formación Continuada que junto con la Comisión de Formación y Docencia forman la estructura que deberá facilitar la consecución de objetivos formativos que corresponden a una UGC de atención primaria. 3ª fase: análisis de las sesiones clínicas realizadas durante los últimos dos años

Resultados obtenidos.

Se detectaron 104 necesidades formativas: 46 por médicos, 39 por enfermeros y 19 por los profesionales del servicio de atención al ciudadano con una participación del 62.5%, 62.5% y 91.6% respectivamente. Realizadas las tres fases se está diseñando un programa de actividades formativas (sesiones clínicas, desarrollo de competencias de los tres grupos...) pendiente solicitar acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Lecciones aprendidas.

Las dos primeras fases de detección de necesidades fueron útiles para planificar la formación por competencias dando respuesta a los dos primeros objetivos específicos y la tercera al resto. La formación médica continuada es una herramienta fundamental en la implantación del modelo de carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud y la acreditación de programas una oportunidad de mejora.

C-866

PLAN DE MEJORA. NUEVO IMPULSO HACIA LA MEJORA CONTINUA DE LA ORGANIZACIÓN

VILANOVA CARDENAL, F; NAVARRO ARRANZ, P Y VALLS GUALLAR, C.
HOSPITAL DE LA STA CREU I SANT PAU BARCELONA

Palabras Clave: Acreditación, Plan Mejora, Grupos Mejora, Priorización

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona se encuentra en un proceso de cambio hacia un Hospital Nuevo. Para este año se ha planteado nuevos retos en relación a la calidad basándose en la puesta en marcha de diferentes planes

Descripción del problema/necesidades.

A partir de los resultados de la Acreditación y a petición del Departament de Salut, se realiza un Plan de Mejora (PM) secuencial a 3 años coherente con los retos, la misión, visión y los valores de la institución.

Para su realización se han analizado los resultados obtenidos en la Acreditación , teniendo en cuenta los estándares no aprobados y los que pueden mejorar. Se han identificado 190 estándares, a los que se aplica un sistema de priorización a partir de su trascendencia y factibilitad. La trascendencia se ha medido con criterios de seguridad del paciente y oportunidad para la organización. La factibilidad tiene en cuenta el proceso de traslado al Nuevo Hospital que nos dificulta llevar a cabo acciones que en otros momentos serían prioritarias

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para cada uno de los 190 estándares se desarrollan acciones de mejora. Se agrupan según temas y se crean 45 grupos de mejora. Se aplica el sistema de priorización mencionado con lo que se distribuyen las acciones en los 3 años y se construye el PM y el cronograma para realizar el seguimiento y las auto evaluaciones que define el Modelo de Acreditación Catalán, se asignan coordinadores responsables y directores organizativos para cada grupo. Este plan se presenta en el Comité de Dirección y se aprueba. A partir de aquí se realiza el despliegue de los grupos, que se inicia con una presentación en la Sala de Actos a todos los implicados. Para el año 2009 se planifica la consecución del cumplimiento de 76 estándares y la mejora de 26, para el 2010 conseguir 38 y mejorar 16, para el 2011 conseguir 16 i mejorar 18

Resultados obtenidos.

Se inician las reuniones de grupos y se empieza a trabajar en las acciones planificadas para el 2009. En el mes de mayo se realiza la primera auto evaluación como sistema de seguimiento, en el mes de octubre está prevista la siguiente. Los resultados de la 1ª y 2ª autoevaluación que nos permiten ver la evolución del cumplimiento de los estándares se presentarán en el Congreso.

Lecciones aprendidas.

1-Un modelo de Acreditación es un buen motor que impulsa a la organización hacia la mejora, la dedicación de las personas hacia este tema así lo demuestra. 2- Aplicar una metodología de priorización de las acciones de mejora asegura la posibilidad de conseguirlas. 3-La sensibilización de los profesionales facilita la consecución de los objetivos

C-867

CRIBADO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN CONSULTAS DE UROLOGÍA. APORTACIÓN A LA CALIDAD ASISTENCIAL DURANTE MÁS DE 15 AÑOS

PÉREZ ARBEJ, JA; SÁNCHEZ TORRES, C; POLO URTASUN, C; BERNAL LABORDA, MT; TIMÓN GARCÍA, A Y MURILLO PÉREZ, C.. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras Clave: Cribado, Exploraciones Complemtarias, Citación Consultas

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo fue realizado en las Consultas de Urología del Ambulatorio de Especialidades Inocencio Jiménez, hospital Clínico Lozano Blesa, Sector III, Servicio Aragonés de Salud. Estuvieron implicadas las enfermeras de la Consulta de Urología, el Coordinador de Calidad del Servicio de Urología y los urólogos de dicho Ambulatorio.

Descripción del problema/necesidades.

El desarrollo habitual de una consulta requiere en numerosos casos la problema/ solicitud de exploraciones complementarias. El paciente debe citarse necesidades para estas exploraciones y para recibir el resultado de dichas pruebas.

Muchas veces existe demora para proporcionar estos resultados por lo que los diagnósticos, a pesar de estar ya realizada la prueba y enviada a la consulta, se retrasan mas de lo deseado, y en por ello la toma de decisiones y el tratamiento.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Las enfermeras de la Consulta de Urología del Ambulatorio mencionado y ante la problemática descrita realizan desde hace mas de 15 años un “cribado” sistemático todas las pruebas recibidas en la consulta. Siguiendo unos criterios de revisión para cada una de ellas, cuando el hallazgo presenta un nivel de importancia, compruebam la fecha de cita del paciente para recoger dicho resultado. Si la demora de esta cita es superior a 1 mes, se consulta al urólogo presente en ese momento en la consulta para decidir si es preciso adelantar la cita del paciente (la agenda de citaciones dispone de espacios denominados “orden médica”). Para averiguar la importancia de la labor que se estaba realizando se decidió registrar este trabajo durante un año (febrero de 2008 a enero de 2009).

Resultados obtenidos.

Durante ese período se han revisado 10.090 pruebas complementarias

(5.150 análisis, 3.498 estudios radiológicos, 811 informes de anatomía patológica y 211 cistoscopias). Se visitaron 11.244 pacientes. A la vista de dichas revisiones se solicitaron y revisaron 314 historias clínicas y se comprobó la citación de 1.593 pacientes (15,7% de las pruebas revisadas), adelantándose la cita a 291 (18,3% de las citas comprobadas). La cita de los pacientes con diagnóstico importante no se demoró mas de un mes.

Lecciones aprendidas.

-Con una buena distribución del tiempo del personal de enfermería de consultas y un archivo bien organizado, es posible controlar los diagnósticos de las exploraciones complementarias recibidas en la consulta. -Aumenta la agilidad diagnóstica y terapéutica. -Se incrementa la calidad asistencial y el grado de satisfacción y confianza de nuestros pacientes. -Este sistema de trabajo genera satisfacción entre las personas implicadas, lo que facilita la mejora continua.

C-868

AUTOEVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA ORIENTADA AL CIUDADANO EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

LLAMAS DEL CASTILLO, MD.*; BARÓ RODIGUEZ, L; PAEZ VALLE, R; PINTOR MARMOL, A; ORTEGA TUDELA, G Y BAYONA GARCÍA, M. DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Competencias, Farmacia, Ciudadano,Autoevaluación, Acreditación

RESUMEN

Contexto de partida.

El Plan Andaluz de Salud, Plan de Calidad y Contrato Programa, sitúan al ciudadano como el centro del sistema sanitario andaluz. Los farmacéuticos del Servicio de Farmacia del Distrito de Atención Primaria, por tanto, han de desempeñar su trabajo haciendo realidad esta orientación.

Descripción del problema/necesidades.

Los farmacéuticos decidimos comprobar en que medida nuestras actuaciones eran coherentes con esta orientación. Nos encontramos que no existía un modelo aplicable de acreditación de Servicios de Farmacia de AP. Por tanto, optamos por la utilización del modelo de evaluación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria andaluza analizando las relacionadas con el ciudadano.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se entregaron a los 4 farmacéuticos las competencias relativas al bloque I, criterio I de orientación al ciudadano, incluyendo solo competencias y buenas prácticas. Se les pidió que en una escala linker, indicaran grado de cumplimiento de buenas prácticas en el último año. Seguidamente, se les pasó la misma tabla añadiéndole un apartado para registrar evidencias y pruebas. Se les dio 1 semAna para reflexionar y aportar las pruebas correspondientes. La respuesta fue anónima. La valoración de las pruebas aportadas y formulación de líneas de mejora fue conjunta por los 4 participantes.

Resultados obtenidos.

En la fase de autoevaluación el 75% de los participantes indicaron que llevaban a cabo buenas prácticas relacionadas con: información, respeto de la confidencialidad, satisfacción de necesidades y expectativas e información, entre frecuente y muy frecuentemente. La facilitación del ejercicio de los derechos de los ciudadanos la decían realizar solo “a veces” (50 % de los participantes). En la fase de “aporte de pruebas” las más numerosas y comunes a todos los participantes fueron las relativas a información al paciente/profesional, mejora de la accesibilidad, relación con el paciente. El 75% de los participantes no aportó ninguna prueba sobre protección de la confidencialidad /intimidad ni facilitación de derechos del ciudadano. Las líneas de mejora propuesta fueron: crear un sistema de registro de actividades de farmacia, elaborar un protocolo de mejora de la confidencialidad e intimidad y estandarizar la información al paciente sobre medicamentos o prestaciones.

Lecciones aprendidas.

La protección de confidencialidad e intimidad requiere de medidas de adecuación de las formas de trabajo para ser una realidad en las prácticas profesionales. La acreditación individual de competencias profesionales necesita de la reorientación previa de las actividades del Servicio.

C-869

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS PRE-YOGA SOBRE EL CLIMA LABORAL Y EL ESTRÉS ENTRE PROFESIONALES

TIRADO MANCILLA, F Y IGLESIAS BONILLA, P..
UGC BELLAVISTA

Palabras Clave: Ejercicio Físico, Clima Laboral, Personal Sanitario

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en un centro de salud urbano, en Sevilla. Ámbito de Atención Primaria de Salud. Estuvieron implicados todos los profesionales del centro de salud, aunando categorías profesionales diferentes: Administrativos, auxiliares de enfermería, médicos, enfermeras.
Descripción del problema/necesidades.
El clima laboral y el estrés cotidiano afectan a la capacidad de desempeñar adecuadamente las funciones que nos son propias. Dentro del desempeño profesional hemos de tener el mejor clima emocional y laboral posible, a fin de afrontar con ilusión nuestras funciones y tareas. Pretendemos que al mejorar el clima emocional y disminuir el estrés, aumente la calidad de la atención prestada a los pacientes por todos los grupos profesionales. La medida del estrés se realizó mediante un cuestionario diseñado al efecto, con preguntas cerradas de elección múltiple y una escala visual analógica de bienestar emocional, similar a la empleada para medir el dolor.
Desarrollo y soluciones aportadas.
A partir de la formación recibida por una miembro del SAC, se inicia una serie de sesiones en grupo impartidas por personal no especializado, con contenidos de ejercicios de pre-yoga. Al inicio y al final de la intervención se mide mediante cuestionario el clima emocional y laboral. En reunión de equipo se difunde el proyecto, con una amplia aceptación por los profesionales. Al final de las sesiones se realizará una difusión al grupo de los resultados. Se pretende además la publicación en revistas sobre calidad asistencial. Fases del proyecto: 1. preparación del protocolo, enero de 2009; 2. difusión a profesionales e inicio de las sesiones, primer semestre de 2009; 3. finalización de sesiones y segundo cuestionario de resultados, septiembre de 2009, con análisis de los mismos y exposición de conclusiones en congreso de SADECA.
Resultados obtenidos.
Proyecto en ejecución, el análisis de resultados se realizará en septiembre de 2009. Se medirá el cambio en las escalas analógicas de clima emocional y laboral, así como en las respuestas a los cuestionarios específicos. Cualquier necesidad nueva o mejora que surja durante la ejecución del estudio será recogida y difundida tanto al equipo como al resto de profesionales mediante comunicación oral y/o publicación
Lecciones aprendidas.
Si bien el proyecto se encuentra en fase de ejecución, por el momento hemos visto el interés surgido en el programa, a pesar de las cargas de trabajo la participación inicial es elevada.

C-870

EVALUACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DM TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD DE LA COSTA DE MÁLAGA

SALAS BRAVO, DANIEL; GARCÍA MERINO, MARIA ROSA; ESTRADA ORTIZ, PABLO; NAVARRO MARTIN, JOSE ANTONIO; CARNERO NAHARRO, NURIA Y S.A.S. CS. ARROYO DE LA MIEL. MÁLAGA. MÉDICO DE FA.
CS. ARROYO DE LA MIEL

Palabras Clave: DM2, FRCV, Objetivos control

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó un estudio descriptivo aleatorio sistemático entre los 16 cupos médicos de un centro de salud urbano de la Costa de Málaga. Fue realizado por enfermeros y médicos de familia ante la preocupacion por el grado de calidad asistencial que se le estaba aportando al paciente.
Descripción del problema/necesidades.
EL objetivo fue valorar el grado de cumplimiento del proceso asistencial con el fin de realizar oportunidades de mejora. Se calculó un tamaño muestral de al menos 154 pacientes en base a la prevalencia 6% y una precisión estimada del 5%. Se aleatorizó de forma sistematica la lista de los pacientes diabeticos de los cupos médicos y se valoró el control metabolico, dislipemico, solicitud de pruebas, derivaciones, exploraciones y tratamiento
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se incluyó a uno de cada tres pacientes incluidos en el proceso DM de cada cupo medico para evaluar los criterios de calidad propuesto en el proceso asistencial DM tipo2. Para esto, médicos y enfermeros analizáron los registros de la historia informatizada DIRAYA del último año. La duración del estudio fue desde Diciembre a Marzo de 2009.
Resultados obtenidos.
De 173 pacientes analizados, 50,1% eran varones, con una edad media de 64 años (IC95% 54-74), y una evolución de 9,2 años (IC 2,1 -16,4). El 71% de los pacientes eran hipertensos, 65,3% dislipémicos, 12,7% habían sufrido un IAM, 7,5% enfermedad arterial periférica, 4,1% enfermedad cerebrovascular. Se solicitó analítica en el último año al 84,4%, de estas el 80,3% tenía HbA1c pedida, y el 36,7% de estas era ≤7%. El 39,9% de los pacientes no esta antiagregado. LDL ≤100 lo tenía el 42,1% y TG≤150 el 57,5%. El 50,3% estaba con estatinas, un 5,3% con fibratos y un 3,5% con ezetimiba en combinación. EL 77,5% tenía una toma de TA anual. El 68,2% no se controlaba el peso. En ningún caso se registró el perímetro abdominal (PA). El 46,8% tenían solicitado la retinografía. Valoración del pie diabético en 50,9% y de la nefropatía en el 60,1%.No encontramos asociacion estadistica entre el conseguir el control metabolico y ser medico de familia o no.
Lecciones aprendidas.
Se encontró un bajo control metabólico y dislipémico de la muestra, sin embargo existe un aceptable control de la TA(tension arterial).Llama la atención el bajo uso de antiagregantes en esta muestra.
Se plantea un incremento del control de peso y PA (perimetro abdominal), y profilaxis primaria con antiagregantes y estatinas. Es preciso la evaluación continua del control metabólico con la nuevas propuestas de mejora para mejorar la calidad asistencial.

C-871

EVALUACIÓN DE GRADO DE CONOCIMIENTO DIABETOLÓGICO DEL DIABÉTICO TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD DE LA COSTA DE MALAGA

SALAS BRAVO, DANIEL; GARCÍA MERINO, MARIA ROSA; ESTRADA ORTIZ, PABLO; NAVARRO MARTIN, JOSE ANTONIO; BLÁZQUEZ PUERTA, ANTONIO Y DE PRADA OTERMIN, BLANCA.
CS. ARROYO DE LA MIEL

Palabras Clave: DM2, Educación diabetológica, Atención primaria, ECODI.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó un estudio descriptivo aleatorio sistemático entre los 16 cupos médicos de un centro de salud urbano de la Costa de Málaga. Paticiparon enfermeros y médicos de familia.

Descripción del problema/necesidades.
La educación diabetológica del diabetico tipo 2 es realizada en atención primaria hasta la aparición de complicaciones en el

C-873

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DEL DIABÉTICO TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE LA COSTA DE MÁLAGA

GARCÍA MERINO, MARIA ROSA; SALAS BRAVO, DANIEL; NAVARRO MARTIN, JOSE ANTONIO; ESTRADA ORTIZ, PABLO; RODRÍGUEZ SEMPERE, FRANCISCO Y HERNÁNDEZ MARIN, MATILDE.
CS. ARROYO DE LA MIEL

Palabras Clave: DM2, Satisfacción, DTSQ, Atención primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó un estudio descriptivo aleatorio sistemático en diabéticos tipo 2 de 16 cupos médicos de un centro de salud urbano de la Costa de Málaga. Fue realizado por enfermeros y médicos de familia.

Descripción del problema/necesidades.

La satisfacción del paciente supone una mejor cumplimentación terapéutica y una mejor relación médico-paciente. Se pretendió evaluar esta satisfacción mediante un cuestionario validado autoadministrado llamado DTSQsp.Éste valora tanto la satisfaccion como la percepción de hipo o hiperglicemias.En los casos de dificultad para la lectura se fue heteroadministrado.Se calculó un tamaño muestral de al menos 146 pacientes en base a la prevalencia 6% y una precisión estimada del 5%.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Preocupados por este grupo de pacientes y tras una reunión de equipo, médicos y enfermeros decidieron citar telefonicamente a uno de cada 3 pacientes del listado de diabeticos. Se administró el cuestionario de estudio durante los meses de Diciembre a Marzo de 2009.

Resultados obtenidos.

De 161 pacientes entrevistados, el 50,1% eran varones, con una edad media de 64 años (IC95% 54-74), y una evolución de 9,2 años (IC95% 2,1 -16,4). El 56,1% tenía estudios de primaria y un 16,2% eran analfabetos. El 87,6% describía un alto grado de satisfacción. El 66,7% tenía una baja percepción de hipoglucemias. El 61,6% mostraba una alta percepción de hiperglucemias. El 84,8% creia que su tratemiento era flexible, un 88,7%que era flexible y un 89% continuaría con él. El 36,7% tenían un Hba1C≤7%. No se encontró una asociación estadística significativa entre el control metabolico y la satisfacción con el tratamiento.

Lecciones aprendidas.

Se reconoce que estos resultados pueden ser debidos a un sesgo en la intervención (sesgo de no respuesta) por ser parte del personal sanitario los que entrevistan al paciente,y en un futuro esto deba ser cambiado. Encontramos un buen grado de satisfacción del paciente con el tratamiento pero el control metabólico de la muestra fue escaso. Este hallazgo se corresponde con la alta percepción de hiperglucemias percibida por el paciente. Este grado de satisfacción favorecería el cumplimiento terapeutico de un tratamiento más estricto que precisa nuestra muestra. Con este estudio se demuestra que no solo la satisfacción con el tratamiento consigue el control del paciente. Nos planteamos en futuras intervenciones valorar el grado de cumplimiento terapeutico y la satisfaccion. Es preciso reevaluaciones futuras de este estudio con mejoras en el diseño y tras la aplicacion de las propuestas de mejoras.

C-874

EVALUACIÓN DE LA ACTITUD Y MOTIVACIÓN DEL DIABÉTICO TIPO2 ANTE LA ENFERMEDAD EN UN CENTRO DE SALUD DE LA COSTA DE MÁLAGA

GARCÍA MERINO, MARIA ROSA; SALAS BRAVO, DANIEL; SERRANO MONROY, PILAR ; BLAZQUEZ PUERTA, ANTONIO; PEREA LÓPEZ, Mª CRUZ Y BATAN SANCHEZ, CARMEN.
CS. ARROYO DE LA MIEL

Palabras Clave: DM2, DAS3, Motivación, Atención primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó un estudio descriptivo aleatorio sistemático, en un centro de salud urbano de la costa de Málaga, por personal sanitario (médicos y enfermeros)

Descripción del problema/necesidades.

Se pretendió evaluar la motivación y actitud ante la enfermedad de los pacientes diabeticos tipo 2 pertenecientes a los 16 cupos médicos del area de investigación.Para esto se usó un cuestionario validado en español autoadministrado llamado DAS3sp que explora 5 subcategorias (autonomia,estricto control, impacto psicosocial, percepción de gravedad, necesidad de entrenamiento) y se intento correlacionar con el control del paciente y sus conocimientos diabetologicos mediante cuestionario de conocimiento (ECODI).Se calculó un tamaño muestral de al menos 154 pacientes en base a la prevalencia 6% y una precisión estimada del 5%.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó una reunion de equipo para plantear la evaluacion de las propuestas de mejora y se decidió citar telefonicamente a uno de cada 3 pacientes del listado médico de diabeticos de los 16 cupos para administrar el cuestionario de estudio.La tarea fue repartida entre personal facultativo y enfermeria durante los meses de Diciembre 2008 a Marzo de 2009.

Resultados obtenidos.

De 163 pacientes entrevistados, el 50,1% eran varones, con una edad media de 64 años (IC95% 54-74), y una evolución de 9,2 años (IC95% 2,1 -16,4).El 56,1% tenía estudios de primaria y un 16,2% eran analfabetos. El 96,9% de los pacientes estaban de acuerdo en cuanto a la necesidad especial de entrenamiento del personal que les atiende. El 52,1% percibían la gravedad de la enfermedad, el 71% valoraba el estricto control metabólico, para el 65,4% les suponía un impacto psicosocial y un 70,7% estaban de acuerdo con la autónomos con el tratamiento. El 36,7% tenía una HBa1C≤7%.Encontramos una asociacion estadistica entre el la educacion diabetologica y el impacto psicosocial (p=0,005), la valoración del estricto control(p=0,015), y la percepcion de la gravedad(p=0,03).

Lecciones aprendidas.

Encontramos una alta prevalencia de la percepción del paciente de la necesidad de un entrenamiento especial del personal sanitario que les atiende.A pesar de que el paciente valora el estricto control de la enfermedad,no encontramos un aceptable control metabólico.Mas de la mitad de los pacientes son conscientes de la gravedad de la enfermedad y esta les supone un impacto en sus vidas. Los pacientes con mayor educacion diabetologica y nivel de estudio valoran el control estricto, perciben la gravedad y se reduce el impacto psicosocial en sus vida. Es preciso fomentar la educación sanitaria en atención primaria con reevaluaciones continuas

C-875

ACREDITACIÓN DE IAVANTE COMO CENTRO DE FORMACIÓN CONTINUADA POR ACSA

VÁZQUEZ GRANADO, JAVIER; VILLÉN SÁNCHEZ, JOSE ÁNGEL; CHAVES VINAGRE, JUAN; BLANCO DALMAU, CARMEN; GUERRERO GARCÍA, JAVIER Y IAVANTE.
IAVANTE

Palabras Clave: Acreditación, Centro de formación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en IAVANTE. Miembros de todas las áreas de la organización participaron en el proceso de acreditación como Centro de Formación Continuada.
Descripción del problema/necesidades.
IAVANTE tiene como misión, facilitar y promover el entrenamiento integral de profesionales, a través de las más innovadoras metodologías tanto de simulación como de aprendizaje, así como impulsar la investigación e innovación en nuevas tecnologías de la información y la comunicación. En el seno de estos objetivos era necesario acometer el proceso de acreditación como Centro de Formación Continuada
Desarrollo y soluciones aportadas.
EN 2007 IAVANTE implanta un sistema de Calidad, definiendo un Responsable y un Comité de Calidad.
Se diagrama el Proceso Docente y se describen los diferentes procedimientos.
El proyecto de acreditación comenzó en Julio de 2008 y finalizó en Abril de 2009.
En una fase inicial se constituyó el grupo de autoevaluadores, formados por representantes de las principales líneas de la Organización. El grupo de autoevaluadotes determinó cuál era la situación de partida. Tras la Solicitud de acreditación se comenzó un proceso de planificación conjunta con ACSA.
Se inicia el proceso de Autoevaluación y se distribuyen los 100 estándares sobre los que es necesario identificar y aportar las evidencias necesarias.
Durante el proceso de auteoevaluación se identificaron las evidencias positivas y las áreas de mejora.
En la etapa final, se estableció conjuntamente con ACSA un calendario de Evaluación, donde se verificó el cumplimiento de los estándares descritos.
Durante el desarrollo del proceso, se han incorporado un total de 311 evidencias positivas, recopilando más de 167 documentos (actas, procedimientos, plan estratégico, etc.) que refrendan el cumplimiento de los estándares, como ejemplos de buenas prácticas.
Resultados obtenidos.
Los porcentajes de cumplimiento de los estándares del Centro de Formación Continuada, tras la valoración de la información aportada durante la fase de autoevaluación y tras la visita de evaluación han sido de un 100% en el grupo I, un 66,67% en el grupo II y un 33,33% en el grupo III.El resultado de la certificación obtenido es de Acreditación Óptima
Lecciones aprendidas.
A partir de recibir la acreditación como Centro de Formación Continuada, ha comenzado un periodo de Autoevaluación de Seguimiento, durante el que se podrán desarrollar las acciones que permitirán implantar las áreas de mejora detectadas.
Durante el proceso de acreditación se han identificado 30 áreas de mejora, para las que se han establecido responsables y plazos de consecución.

C-876

LA VISITA POSTANESTÉSICA: PUNTO DE PARTIDA EN LA MEJORA ASISTENCIAL.

MAYO SATURNO MARCOS; CONSUELO MARQUINA PEÑALVER; NATALIA MARANTE FUERTES Y Mª ÁNGELES RODRÍGUEZ-NAVARRO.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Visita Postanestésica, Calidad Anestesia

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital General Reina Sofía, Murcia. La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud nos concedió beca para el proyecto. FEA en anestesiología redactamos el cuestionario y recogimos datos mediante visita postanestésica (VP), con asesoramiento del departamento de docencia e investigación.
Descripción del problema/necesidades.
La VP es una entrevista al paciente para obtener datos sobre el acto anestésico y constituye una fuente de detección y cuantificación de problemas. En nuestro medio no está implantada, por tanto perdemos información del paciente una vez que se traslada a la unidad de recuperación postanestésica (URPA). El cuestionario consta de 3 bloques: complicaciones y efectos adversos, información y satisfacción. Resultados interpretados por los anestesiólgos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Implantamos la VP 3 meses, en pacientes sometidas a cirugía ginecológica programada no ambulatoria, encuestando 24 h tras la intervención. Cuantificamos que con respecto a las complicaciones, no existe tratamiento adecuado para el dolor agudo, aunque 98,8% se sintieron atendidos cuando lo manifestaron. Efectos adversos de importancia vital, como reacciones alérgicas o dificultad en la intubación orotraqueal, no fueron correctamente reseñados en la historia clínica. En cuanto a la información destaca su ausencia con respecto a los riesgos anestésicos (solo 5,7% reciben información en consulta de preanestesia, habiendo acudido 93,2% a la misma). El 95,4% de los pacientes está satisfecho.
Resultados obtenidos.
La analgesia se debate en sesión clínica para realización de protocolos según tipo de cirugía, y creación de una unidad de dolor agudo en el hospital. Las reacciones alérgicas se pueden documentar en la historia con una alerta que aparece al abrirla en el ordenador. Pero no es posible para avisar de problemas de Ventilación/Intubación. Adoptamos 2 medidas: elaborar una plantilla de informe del que se hacen 2 copias, una para el paciente y otra para archivo; contactamos con el equipo informático del centro para que nos permtiera crear una alerta en la historia del paciente. La presión asistencial en la consulta de preanestesia es causa de desinformación, por lo que elaboramos un folleto informativo sobre la anestesia que se entrega al paciente junto con el consentimiento para leer mientras espera. En la sala de espera hay 2 diagramas sobre el proceso anestésico-quirúrgico. Debemos medir el resultado de nuestra intervención.
Lecciones aprendidas.
La VP debería realizarse de manera sistemática a todos los pacientes postoperados. Nuestro objetivo es implantarla para mejorar la calidad delproceso anestésico-quirúrgico.

C-877

REALIDAD ACTUAL: EFECTIVIDAD Y DESARROLLO COMPETENCIAL.

MGUELES GUERRERO, M.; GONZÁLEZ BRAVO, D.; DEL POZO HERRANZ, P.; ORTIZ OTERO, M.; DE LA PEÑA GARRIDO,A. Y SEBASTIÁN VIANA, T..
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Efectividad, Desarrollo Competencial

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Área de Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada y han participado todos los profesionales de la misma.

Descripción del problema/necesidades.
El HUF da asistencia sanitaria a 216.000 habitantes, de los que un 21% es menor de 15 años, por lo que se decide elaborar varios protocolos de actuación ante el paciente pediátrico.
Los objetivos eran:
-Diseñar protocolos de actuación con abordaje propio de enfermería en el paciente pediátrico.
- Identificar las actuaciones a llevar a cabo en un flujograma rápido y seguro.
- Disminuir el tiempo de estancia en el servicio de urgencias pediátricas.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En 2007 se formó un grupo de trabajo con pediatras y enfermeras con el objetivo de revisar los cuidados de enfermería que podrían ser prestados sin necesidad de que existiera una indicación individualizada por parte de un médico, identificando las heridas como motivo de consulta de este tipo. El grupo elaboró un protocolo de actuación ante heridas y un flujograma del mismo. En el último trimestre del 2008 los enfermeros del servicio diseñan dos documentos para integrarlos en la historia clínica informatizada que completan el protocolo de actuación:
- Consentimiento informado para la administración de anestesia local y aplicación de puntos de sutura.
- Informe de alta: resumen de asistencia en el servicio de urgencias de pediatría.

Resultados obtenidos.
El protocolo de actuación ante heridas queda definido en noviembre de 2007 para desarrollarlo en cuatro fases:
- Valoración general del paciente aplicando triángulo de gravedad para determinar si precisa valoración médica.
- Criterios de exclusión.
- Cura y/o sutura.
- Edición de resumen de asistencia. Se realiza estudio retrospectivo de casos con dos muestras de 6 meses de duración respectivamente para analizar tiempos de estancia media antes y después de entrar en vigor el protocolo, obtendiendo como resultado medio de estancia una reducción de un 15.4%.

Lecciones aprendidas.
La intervención independiente de enfermería al desarrollar competencias ha permitido que los distintos circuitos se desarrollen de una forma ágil y dinámica disminuyendo el tiempo de asistencia.
Si tuviéramos que desarrollar otro proyecto mantendríamos la metodología empleada y, sobre todo, a todos los actores del mismo. El trabajo en equipo es base fundamental para conseguir resultados óptimos.

C-878

BENEFICIOS DE UNA GUÍA PARA OSTOMIZADOS

NAVARRO ORTIZ, MD*; AYALA MUÑOZ, A; MARTINEZ MARIN, R Y CARRILLO ALCARAZ,A.
HOSPITAL UNIVERSITARIO J. M. MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Ostomía, Colostomia, Ileostomía

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Cirugía del Hospital Morales Meseguer.Se realizó una guía de cuidados para pacientes con estomas y el objetivo del presente estudio es la utilidad de esta guía en dichos pacientes. La guía fue creada durante el año 2006 por un equipo de 3 enfermeros asesorados por un cirujano. Los pacientes analizados son todos los que han sido intervenidos entre los meses de abril 2007 a abril 2008 y se les ha realizado una ostomia.

Descripción del problema/necesidades.
Durante el mes junio de 2008 mediante encuesta telefónica se han contactado con los pacientes y se ha preguntado sobre aspectos relacionado con la guía de consulta de ostomias. Las variables son presentadas como medias ± desviación estándar y porcentajes.La comparación entre variables cualitativas ha sido realizada mediante la prueba Ji2 de tendencia lineal y entre cuantitativas y cualitativas mediante prueba de Kruskall Wallis. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0 para windows.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante el periodo de estudio han sido estudiados 43 pacientes con ostomia. La distribución por genero muestra 27 hombres (62.8%) y 16 mujeres (37.2%), con una edad media de 61 ± 17 años (rango 19 a 93). Veinte y siete pacientes (62.8%) eran portador de ileostomia y el resto colostomia. El 12.8% de los pacientes no tenían estudios, 64.1% estudios básicos y el 23.1% estudios medios. El 100% de pacientes sin estudios referían poca utilidad, mientras que el 8.3% de pacientes con estudios básicos y 0% de estudios medios referían lo mismo, y el 83.3% de pacientes con estudios básicos y 55.6% de estudios medios referían que la consulta de la guía era de mucha utilidad (p=0.006). La edad de los pacientes también se relacionaba con la utilidad, los pacientes que referían mucha utilidad tenían una edad media de 59 ± 13 años, los que referían bastante utilidad 45 ± 18 años y los que referían poca utilidad 77 ± 11 años (p=0.001). Finalmente la utilidad no se relacionaba con el tiempo de la ostomia: los pacientes que referían mucha utilidad la tenían un tiempo de 8.3 ± 3.5 meses, 8.3 ± 4.5 meses los que referían bastante utilidad y 10.3 ± 3.5 los que referían poca utilidad.

Resultados obtenidos.
En los pacientes que son dados de alta con ostomias la utilización de una guía de consulta puede evitar consultas médicas innecesarias. A la vez que disminuye la ansiedad que la creación de una ostomia supone en la imagen corporal de una persona.

Lecciones aprendidas.
La utilización de una guía explicativa, parece más útil en pacientes con algún tipo de estudios y en los de menor edad.

C-879

AUTOEVALUACIÓN EFQM Y GESTIÓN POR PROCESOS: CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

GONZÁLEZ REVALDERÍA, J*; HERRANZ QUINTANA, R; CORTÉS URBÁN, FJ; FREIRE MAGARIÑOS, M Y CARRIÓN BOLAÑOS, MI.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Palabras Clave: Evaluacion, Gestion, Certificacion, Excelencia

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde principios de esta década nuestra organización ha estado trabajando para mejorar de manera continua, según los criterios EFQM, iniciando el camino hacia la excelencia.
Descripción del problema/necesidades.
Con el fin de poder analizar la organización y planificar adecuadamente problema/ el cambio interno, se estableció la realización de autoevaluaciones necesidades sistemáticas como eje fundamental de las acciones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el año 2003 se realiza la primera autoevaluación con participación de 21 profesionales y selección y abordaje de 8 áreas de mejora que se completan en el periodo 2004-2005. En 2006 se realiza una nueva autoevaluación, en la que participan 30 personas, abordándose 14 áreas de mejora que se completan entre 2007 y 2008. En cada una de ellas se obtienen áreas de emjora e indicadores de su adecuada realización.
Resultados obtenidos.
La importancia que se da a la autoevaluación sistemática nos impulsa a que el proceso de realización de la misma sea certificado según la Norma ISO 9001:2000 en 2007, definiendo, en cuatro procesos, los aspectos más relevantes para su adecuado abordaje y seguimiento:
1. proceso de realización de la autoevaluación EFQM y obtención de áreas de mejora,
2. priorización y selección de áreas de mejora
3. seguimiento de las acciones de mejora seleccionadas
4. análisis de la eficacia de las acciones emprendidas por medio del análisis de indicadores. La estructuración de las acciones certificadas con la Norma ISO 9001:2000 y los resultados de la autoevaluación realizada hace que se plantee solicitar, en el segundo semestre de 2008, el Sello 400+ de Excelencia Europea, el cual se consigue en marzo de 2009.
Lecciones aprendidas.
La obtención sistemática de áreas de mejora priorizadas por las personas implicadas en los procesos de autoevaluación y el apoyo de la dirección para su abordaje ha facilitado la concienciación e implicación de los profesionales en los aspectos de calidad y gestión por procesos (áreas en constante incremento) así como de certificaciones según la Norma ISO 9001:2000-2008 en diversos servicios y unidades centrales y médico-quirúrgicas. La obtención del Sello 400+ de Excelencia es percibida con satisfacción y hace que los profesionales quieran participar y comprometerse con acciones de calidad. El informe de evaluación del Club de Excelencia complementa a la autoevaluación y permite incidir en los aspectos que tienen un mayor recorrido de mejora. El paciente percibe a la organización excelente como elegible dentro de la oferta sanitaria actual.

C-880

MODELO DE FORMACIÓN CONTINUA EN SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

GUERRERO SANCHEZ, A Y MARTÍN PERLES, R.
SERVICIOS SOCIOSANITARIOS GENERALES

Palabras Clave: Formación Continua Tecnicos Transporte Sanitario

RESUMEN

Contexto de partida.
El modelo se ha desarrollado en los diferentes dispositivos de transporte sanitario que gestiona Servicios Sociosanitarios Generales.
La población diana han sido los técnicos de transporte sanitario que tienen un contacto directo con los clientes finales.
Descripción del problema/necesidades.
El modelo clásico de formación para una población con un alto grado de dispersión geográfica se ha demostrado ineficiente para responder a las necesidades de los profesionales. De esta forma se ha definido un modelo bidireccional basado en la utilizacióndo las nuevas tecnologías que permita adaptar el ritmo de aprendizaje a la situaciones particulares de cada trabajador.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se ha secuencisado en las siguientes etapas:
1º Identificación del problema.
2º Análisis de posibles alternativas al modelo de formación tradicional.
3º Implicación en la definición del nuevo modelo de expertos y líderes de la organización.
4º Definición de un nuevo modelo basado en la utilización de un aula virtual.
5º Pilotaje del nuevo modelo
6º Evaluación del resultado.
7º Replicación del modelo en las diferentes delegaciones
8º Mecanismos de retroalimentación.
Resultados obtenidos.
Se dispone de una herramienta de formación continua que permite que cada trabajador tenga acceso a un menú formativo que de respuesta a sus carencias formativas.
Lecciones aprendidas.
Fomentar la participación de los trabajadores en el diseño del plan de formación supone un diseño más a ajustado a las necesidades reales de los profesionales y de la organización.

C-881

CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

NAVARRO PUERTO, A.; VIDAL SERRANO, S.; LABRADOR GÓMEZ, D.; GOMEZ HERREROS, R.; MELGUIZO MOYA, I. Y BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA, E..
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

Palabras Clave: Informe de alta, estándar de calidad.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido realizado en el Hospital Universitario de Valme en Sevilla como parte de un proyecto de investigación sobre la calidad asistencial en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca (FIS PI 06/90243). Los investigadores son médicos de las Unidades de Medicina Interna y de Calidad y Documentación Clínica.
Descripción del problema/necesidades.
El informe de alta hospitalaria es un documento clave de la información que se genera a partir del ingreso de un paciente. Su función es sintetizar la información que se transmite al paciente y a otros niveles asistenciales. Las deficiencias en estos informes pueden repercutir en la calidad asistencial y en su utilidad para evaluar la adecuación de la asistencia. En la fase preliminar del proyecto se detectaron carencias en los informes de alta analizados y se decidió realizar una evaluación de su validez como fuente de información y marcador de la calidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo transversal dentro de un estudio de cohortes de 330 pacientes hospitalizados por primera vez por insuficiencia cardiaca. Se seleccionó una muestra de 115 informes de alta.
Mediante revisión bibliográfica se determinaron los estándares de calidad, y específicamente los de pacientes con el diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca. Algunos de éstos fueron: identificación del paciente, motivo de ingreso, antecedentes, pruebas diagnósticas, tratamiento, anamnesis, exploración física, evolución durante el ingreso y proceso de toma de decisiones ...Tipos de resultados: grado de cumplimentación de la información recogida en los estándares de calidad seleccionados.
Resultados obtenidos.
Los datos mejor recogidos en los informes de alta fueron: identificación del paciente, motivo de ingreso, anamnesis, juicio clínico y tratamiento. Los antecedentes personales y patológicos aparecían incompletos. Los datos de la exploración física con menor cumplimentación fueron la tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, peso y talla. En las pruebas complementarias, los datos de la ecocardio se comentan de forma muy breve. Hay un déficit de comentarios sobre La evolución del paciente durante el ingreso y el proceso de toma de decisiones.
Lecciones aprendidas.
La información contenida en los informes de alta de pacientes con insuficiencia cardiaca es mejorable. El conocimiento de estos déficits nos permite mejorar el modelo de análisis de la calidad asistencial y proponer un documento de forma más estructurada y exhaustiva, para el intercambio de información y conocimiento entre los profesionales sanitarios y los propios pacientes.

C-882

ESTUDIO DE CONCORDANCIA DE LA CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN NEOPLASIAS COMPARANDO ICD-9-MC Y LA TERMINOLOGÍA SNOMED RT.

MARIA ANTONIA VAREZ PASTRANA Y ELISA ASENSIO BLASCO.
HOSPITAL PLATO

Palabras Clave: Codificacion Icd-9-Cm Snomed Neoplasias

RESUMEN

Contexto de partida.
En nuestro hospital se realiza una doble codificación de los episodios ambulatorios que precisan de diagnòstico anatomopatològico ,a cargo de las unidades de anatomía patológica (Terminologia SNOMED) y de documentación médica (CIE-9-MC), ésta última a cargos de técnicos en documentación médica .
El trabajo se realizó en el ámbito del servicio de documentacion medica del hospital plato y lo han realizado dos médicos documentalistas .
Descripción del problema/necesidades.
En nuestra comunidad autónoma no se incluye en el CMBDAH la codificación de la morfologia de las neoplasias y por tanto creemos necesario realizar la comprobación de la concordancia del comportamiento de las neoplasias
Necesidad de evaluar la calidad de la codificacion de episodios ambulatorios con informe de anatomia patologica disponible, realizada por técnicos documentalistas.
La importancia de registrar correctamente en la base de datos del hospital la benignidad o malignidad de las neoplasias se basa no solamente en la correcta codificacion diagnostica de nuestros pacientes sino también por la implicación en el futuro registro de tumores hospitalario de nuestra comunidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La metodologia empleada ha sido:
1)Calcular el tamaño de la muestra a partir de la población total de episodios ambulatorios con registro de anatomia patológica y diagnóstico de neoplasia correspondientes al primer trimestre del 2009. 2)Establecer el standard de concordancia en el 85% de los casos. 3)Explotación de diagnósticos codificados con SNOMED y ICD-9-CM . 4)Comparación de los descriptivos de ambos sistemas de codificación. 5)Detección de los registros no concordantes. 6)Cálculo del porcentaje de error. 7)Planificación de áreas de mejora en la unidad de documentación médica.
Resultados obtenidos.
Los resultados preliminares obtenidos superan el 90% de concordancia respecto al carácter benigno o maligno del proceso neoplásico.
El cálculo de los porcentajes de cada uno de los tipos de discordancia (indización, codificación o error de introducción de los códigos) no está aún completado. Estan surgiendo otras discordancias que nos obligan a profundizar más en el análisis comparativo de ambos sistemas de codificación.
Lecciones aprendidas.
Elaborar un manual de codificación con los diagnosticos más frecuentes de anatomia patológica y sus correspondientes códigos de ICD-9-MC .
Elaborar un indicador de concordancia en la codificación de neoplasias para la evaluación periódica y la mejora continua a partir de los Resultados obtenidos.
Se ha puesto de relieve la importancia de la comunicación y colaboración profesional de nuestro servicio con el de anatomia patológica para consensuar los criterios de asignación de las diferentes neoplasias a los códigos de ICD-9-MC.

C-883

ESTRATEGIA DE CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA. SERVICIOS DE SOPORTE (II).

SALAS GARCÍA, ÁNGEL; BALLESTEROS MUÑOZ , MAYPI Y RUIZ CORTINAS, ROSA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. HOSPITAL DE TERRASSA

Palabras Clave: Sistemas De Gestión, Procesos, Sistemas Integrados.

RESUMEN

Contexto de partida.

Implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) en Servicios de Soporte del Consorci Sanitari de Terrassa (CST) siguientes: Servicio de Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio de Análisis Clínicos y Servicio de Anatomía Patológica y en la Unidad de Prevención y Riesgos Laborales. Esto supone la implicación directa del Comité de la Calidad de los respectivos Servios/Unidad y del resto del personal.

Descripción del problema/necesidades.

Se están implementando SGQ en cuatro áreas de soporte, en el Servicio de Anatomía Patológica se ha optado por un sistema que contemple los requisitos legales obligatorios y los requisitos del propio sistema, en los otros tres sistemas se contemplan además los requisitos de la norma ISO 9001 ya que se pretende solicitar la certificación de los mismos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tomando como ejemplo el proyecto de implantación en el Servicio de Diagnóstico por la Imagen, se realiza una identificación de los procesos existentes para elaborar el mapa de procesos, se identifican los requisitos de la norma ISO 9001, de los Estàndars Essencials de la Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalaria Aguda a Catalunya, del Real Decreto 1976/1999. Se prepara el cronograma anual para poder realizar el seguimiento de la planificación. Se identifica el personal de la plantilla del servicio, se realiza un organigrama del Sistema de Calidad, así como las actividades asociadas a cada lugar de trabajo y se documentan las responsabilidades correspondientes. A continuación se inicia el desarrollo e implantación de los proceso y sus documentos asociados con el siguiente orden: procesos clave, procesos estratégicos y procesos de soporte. Se tiene presente en cada caso los indicadores que corresponden al modelo de acreditación de Catalunya, los que se han pactado con la alta dirección del CST, los asociados a los requisitos de la norma ISO y los derivados del propio sistema. Se revisan los Procedimientos Generales del CST y demás documentación asociada para evitar duplicar documentación.

Resultados obtenidos.

Se han desarrollado e implantado los procesos clave y estratégicos del servicio y sus documentos generales asociados. Se han desarrollando parte de los procedimientos correspondientes a las actividades implicadas en estos procesos.

Lecciones aprendidas.

El poder ofrecer tres niveles de Sistemas de calidad lo hace más atractivos para servicios que sean reacios a implantarlos, empezando por el que tiene menos requisitos. El disponer de una documentación del CST que gestiona la Direcció de Planificació i Qualitat, descarga de una parte burocrática a los Servicios.

C-884

EVALUACIÓN SISTEMATIZADA DE INDICADORES DE ACTIVIDAD EN ENFERMERÍA, HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS

IBIRICU BARRO, A Y DOBLADO LOPEZ, O..
ABS CAMBRILS

Palabras Clave: Indicador, Actividad, Atencion De Enfermeria

RESUMEN

Contexto de partida.

La población de nuestra Area Básica ha ido aumentando en 1500 personas anualmente en los últimos 10 años (32.000 habitantes actualmente) y con ello la complejidad de la actividad asistencial La acreditación Joint Commission obtenida en nuestro centro en el año 2004 nos mueve a encontrar mecanismos de medida de la calidad de los servicios que ofrecemos El cuidado del paciente puede evaluarse a partir de indicadores básicos que permiten la autoevaluación de los profesionales de enfermería y una herramienta de gestión con información objetiva y fiable para detectar oportunidades y tomar decisiones

Descripción del problema/necesidades.

En el ámbito de nuestra Área Básica de Salud nos planteamos comprobar si la evaluación sistematizada de indicadores de actividad en enfermería y su puesta en común con los profesionales es efectiva como incentivo de mejora de los cuidados permitiendo a las enfermeras evaluar sus servicios, tomando decisiones al detectar oportunidades de mejora y establecer procesos de mejora continua

Desarrollo y soluciones aportadas.

En 2006 se seleccionaron indicadores y se elaboró programa para extracción de datos de Historia Clínica Relacionados con: paciente adulto con patología crónica:dislipemia,hipertensión arterial,diabetes méllitus y EPOC,cuidados generales del adulto, atención Pediatrica, Actividad Comunitaria y Atención Domiciliaria Se presentan en sesión clínica semestralmente los resultados al equipo de enfermería para su valoración. Cada enfermera tiene asignado código numérico preservando la confidencialidad de los resultados en la presentación en grupo

Resultados obtenidos.

Los indicadores del primer semestre (Julio de 2006)se consideraron como prueba y en sesión se debatieron dificultades en registros y se presentaron sugerencias Inicialmente se seleccionaron 18 indicadores y se añadieron 2 más en 2007 La evolución de estándares alcanzados fue: segundo semestre de 2006: 8(44%),primer semestre de 2007: 12 (60%),segundo semestre de 2007: 13 (65%),primer semestre de 2008: 14 (70%) ysegundo semestre de 2008: 17 (85%)

Lecciones aprendidas.

Mostrar la evolución de la consecución de estándares de actividad de manera sistemática es una buena herramienta para incentivar a enfermería en su actividad asistencial En dos años los estándares alcanzados han ido aumentando significativamente Existe variabilidad en el logro de estándares manteniéndose un buen nivel en unos pero con fluctuaciones otros La aceptación de los profesionales ha sido muy buena.Actualmente es una herramienta de gestión incluyéndose en la Dirección por Objetivos la mejora anual de estándares

C-885

ATENCIÓN DE CALIDAD EN PEDIATRA DE PRIMARIA: PROPUESTA INDICADORES SEGUN CARRERA PROFESIONAL Y MAPA COMPETENCIAS

NAVARRO QUESADA, FJ (*); GRACIA ALFONSO, MA; VALDIVIA JIMENEZ, C Y PALOMINO URDA, N.
CS LUCANO.
DISTRITO SANITARIO CORDOBA. CORDOBA

Palabras Clave: Indicadores, Calidad, Carrera profesional.

RESUMEN

Contexto de partida.

Propone APAP- Andalucía. Diseño mediante aportación realizada por miembros de su Junta Directiva y socios de la misma implicados en la planificación y desarrollo de un modelo de asistencia pediátrica de calidad e interesados en el proceso de acreditación de competencias y en la carrera profesional. Participaron los Grupos de Trabajo implicados en el proyecto Atención Primaria en el Siglo XXI: Análisis de la situación y Estrategias de Mejora

Descripción del problema/necesidades.

La aparición de la Carrera Profesional, cuyos pilares asientan sobre un baremo de méritos bien definido y la consecución de un nivel determinado en la Acreditación de Competencias ha suscitado interés en que los indicadores de calidad se orienten hacia la valoración y consecución de los objetivos de la organización y a que el profesional alcance el máximo nivel en el desarrollo de sus aptitudes y competencias. Intentamos proponer indicadores que cumplan un doble objetivo: Valorar la calidad de la organización y ayudar al profesional en el desarrollo de su Carrera Profesional, puesto que existe gran desconocimiento por parte de los profesionales de la verdadera naturaleza de dichos procesos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Pediatra debe trabajar por objetivos y proponer criterios e indicadores soluciones aportadas que midan estas expectativas. Estos criterios e indicadores deben basarse en el mapa de competencias del Pediatra de Atención Primaria, en el modelo de carrera profesional en el SAS y en las buenas prácticas que aparecen en la Cartera de Servicios 2008 del SAS. Proyecto difundido en las XIII Jornadas de APAP-Andalucía, Marzo 2009 Almería y acreditadas por ACSA. También y mediante herramientas de docencia entre iguales, se difundió el proyecto entre los miembros de la UGC Lucano

Resultados obtenidos.

Por medir. Se pretende que el número de profesionales que se acrediten aumente, que se cuente con la participación del pediatra a la hora de conseguir los objetivos pactados y que el número de profesionales que promocionan en su carrera profesional sea cada vez mayor. Estimular al profesional y evitar la desmotivación. Problemas: el profesional vea unicamente en la calidad y la carrera profesional un valor puramente monetario

Lecciones aprendidas.

Involucración del profesional de forma mas decidida en la consecución de los objetivos de las UGC y que esté dispuesto a ser evaluado.

Carrera Profesional como oportunidad para que el trabajo del PAP, se dirija de forma eficaz hacia la consecución de evidencias y pruebas válidas para la Acreditación de Competencias y útiles para la consecución de los objetivos del contrato-programa y del baremo de meritos vigente.

C-886

EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER COLORRECTAL.

PÉREZ, M.A.; GRAU, A.; BASURTO, X.; SERRABASSA, C.; RIUS, C. Y SEGURA, E..
FUNDACIO SALUT EMPORDÀ

Palabras Clave: Cáncer colorrectal, Diagnóstico rápido, Evaluación circuito.

RESUMEN

Contexto de partida.

Cohorte de pacientes conformada desde centros de atención primaria del Alt Empordà (Girona) y derivados al centro hospitalario de referencia para descartar cáncer colorrectal (CC).

Descripción del problema/necesidades.

El CC es la segunda neoplasia maligna en frecuencia y la segunda causa de muerte por cáncer en Catalunya. El departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya diseñó un circuito de diagnóstico rápido (CDR) de CC con el objetivo de disminuir los efectos psicosociales negativos y mejorar la calidad del proceso asistencial, al disminuir el tiempo diagnóstico a 15 días en el 75% de los pacientes. El presente trabajo pretende valorar el rendimiento diagnóstico de los criterios clínicos de derivación y el cumplimiento del circuito.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diseño analítico, observacional y longitudinal. Se consideró el informe anatomopatológico como diagnóstico de CC. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, criterio de derivación y tiempo de demora hasta la primera visita hospitalaria y hasta el diagnóstico.

Resultados obtenidos.

En los años 2005-2008 hubo 129 entradas en el CDR de CC, con un diagnóstico de CC en 24 casos (18.6%). Motivos de entrada en el CDR: cambio hábito deposicional en 84 entradas y 14 CC; rectorragia en 57 y 13 CC; dolor abdominal en 52 y 8; pérdida de peso en 44 y 8; anemia ferropénica en 30 y 7; sangre oculta en heces en 28 y 3; antecedente familiar de CC en 15 y 1 caso de CC; palpación de masa abdominal en 8 y 2; antecedente personal de pólipos en 8 y 1 CC; perforación colon en 1 entrada y 0 CC. No se observaron diferencias significativas entre la presencia de CC o no según el motivo de derivación. El número de motivos de derivación osciló de 1 a 5, con p25 de 2, p50 de 3 y p75 de 3; fue de 2.6 en CC y de 2,5 sin CC (p=0.8). El tiempo hasta la primera visita osciló de 0 a 18 días, con p25 de 2, p50 de 4 y p75 de 6; fue de 4.3 en CC frente a 3.9 sin CC (p=0.6). El tiempo hasta las pruebas diagnósticas osciló de 1 a 135 días, con p25 de 10, p50 de 14 y p75 de 25; fue de 13.4 en CC frente a 22.8 sin CC (p=0.039); se cumplió el objetivo en un 55% de las entradas. No hubo diferencias en los tiempos de estudio según el número de ítems de derivación ni según el motivo.

Lecciones aprendidas.

Casi 1 de cada 5 pacientes en CDR tiene CC. El estudio de los motivos de derivación (número y tipo) no influye en el rendimiento diagnóstico de CC y no permite optimizar la entrada en el CRD. Hay posibilidades de mejora en los tiempos diagnósticos.

C-887

IMPLANTACIÓN DE UNA NUEVA CULTURA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, A. A. Y MORENO MARTÍN, G..
HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA

Palabras Clave: Dolor, Seguridad, Cultura, Competencias, Niveles, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.

Desarrollado en Hospital Costa del Sol, Marbella, unidades deEnfermería Área Quirúrgica.
Grupo de Mejora de Enfermería y Unidad del Dolor.

Descripción del problema/necesidades.

Incorrecta valoración y tratamiento del dolor.
Por encuestas de conocimientos, habilidades y percepción subjetiva a enfermeras/os compobamos déficits de conocimientos en valoración EVA, escalones analgésicos y uso seguro de PCA (Analgesia Controlada por el Paciente); así como percepción de necesidad de mejora en manejo del dolor.
Implantaremos una cultura de calidad en manejo del dolor basada en valoración EVA (Escala Visual Analógica) y tratamiento seguro y protocolizado.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La Dirección de Enfermería priorizó el "Manejo del Dolor" como una de las cinco Competencias Profesionales Generales de Enfermería. Cada enfermera/o debe avanzar y/o consolidarse en niveles con "pruebas" basadas en "evidencias" de "buena práctica" . Paralelamente pilotamos la Aplicación Informática de Enfermería, sustituyendo los registros en papel, e implantandose la Quinta Constante: Dolor.
Estos proyectos, canalizarán la implantación de la nueva cultura, redefiniendose el papel enfermero en torno al dolor, desde valoración hasta el tratamiento, siendo el eslabón más cercano al usuario.
Buscaremos la adhesión uniendo medidas formativas necesarias y desarrollo profesional dentro de los niveles competenciales.
Incorporamos las medidas:
-Elaboración y publicación de herramientas educativas en papel y web.
-Desarrollo y publicación web de Procedimientos Generales de uso seguro (PCA, perfusiones epidurales).
-Sesiones Formativas "Programa Interunidades".
-Curso de formación acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza.
-Revisión del Plan de Acogida a Profesionales.
Tras planificarlo, el proyecto está en fase de puesta en marcha de medidas y evaluación contínua del impacto, finalizará con nueva encuesta.

Resultados obtenidos.

Con la evaluación continuada de la implantación, constatamos interés creciente por Enfermería en manejo seguro de PCA, perfusión epidural y correcta valoración EVA, objetivado en número de profesionales que presencian sesiones formativas, registro de valoraciones y difusión obtenida por publicación web.

Lecciones aprendidas.

Han sido indispensables reformas estructurales en nuestro trabajo (aplicación informática); medidas formativas de reciclaje, basando nuestro trabajo en evidencia y en protocolos seguros de actuación; siendo fundamental para la adhesión de Enfermería la unión del desarrollo profesional de cada enfermera/o a la adopción de "buena práctica" en el trabajo cotidiano.

C-888

ANÁLISIS DE CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DENTAL INFANTIL EN LA UGC DE SBD DEL DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA.

DR. CARLOS J VELA CERERO; DR. JOSÉ MANUEL VISUERTE SÁNCHEZ; DR. RAFAEL M PEREIRO HERNÁNDEZ Y DR. FERNANDO FORJA PAJARES.
UGC SALUD BUCODENTAL BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA

Palabras Clave: Análisis, calidad, prestación, dental, infantil

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde el año 2002, quedan incorporados a la oferta de servicios de asistencia dental del SSPA y para la población infantil, actuaciones y tratamientos considerados como Asistencia Dental Básica y Tratamientos Especiales. Realizamos un análisis de calidad de la prestación dental infantil en la UGC de SBD del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda.

Descripción del problema/necesidades.

La utilización de este servicio de asistencia dental de manera problema/ preventiva es el objetivo último que se establece, facilitándose que necesidades cada año un número mayor de personas sean atendidas, pero no se ha realizado desde la puesta en marcha del programa ningún análisis de calidad de la prestación en las UGC de Salud Bucodental por lo que no se han podido detectar áreas de mejora y posibles deficiencias del programa, que permitan establecer las modificaciones necesarias para mejorar la prestación que reciben estos pacientes. Se realiza un análisis del número de pacientes atendidos, tratamientos realizados, tiempo de consulta empleado,...

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realiza el análisis desde la implantación del programa hasta el 2008 en todos los gabinetes de la UGC de SBD con los datos de asistencia facilitados por los propios dentistas, así como por la Delegación de Salud de Cádiz y la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Resultados obtenidos.

- Se observa un aumento importante del número de pacientes atendidos conforme se han ido incorporando las distintas cohortes.
- El porcentaje de utilización de la prestación ha ido aumentado conforme se ha ido promocionando el programa y se han ido incorporando las cohortes.
- El número de tratamientos realizados a esta población ha aumentado, sobre todo en las cohortes de nueva incorporación al programa.
- El número de personas atendidas con diagnóstico de boca sana ha aumentado a lo largo del tiempo de la prestación, por lo que funciona el objetivo último de actitudes preventivas.
- Los tiempos de trabajo, establecidos en el proceso asistencial de atención a la caries, han aumentado suponiendo actualmente el 55% de nuestra labor asistencial total.
- Se observan desigualdades en materia de acceso de los pacientes a la prestación.

Lecciones aprendidas.

- Aumento de las actividades de promoción y prevención de salud bucodental frente al aumento de tratamientos restauradores.
- Constatación de la existencia de desigualdades en el acceso a la prestación dental infantil.
- Aumento de los tiempos de trabajo, suponiendo la principal tarea asistencial de los distintos gabinetes de la UGC de Salud Bucodental.

C-889

ESTRATEGIA PARA PROMOVER DE FORMA SISTEMÁTICA LA ACREDITACIÓN PROFESIONAL EN UN DISTRITO SANITARIO

EUGENIO CONTRERAS FERNÁNDEZ; JOSÉ ANTONIO MARCOS HERRERO; MANUEL BAYONA GARCÍA; MARÍA JOSÉ DOMINGUEZ NÚÑEZ; PILAR ORTEGA FERNÁNDEZ Y MARÍA DOLORES LLAMAS DEL CASTILLO. DISTRITO COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Acreditación profesional, mejora práctica clínica

RESUMEN

Contexto de partida.

El Distrito Costa del Sol pretende fomentar la cultura de la Acreditación Profesional como meta facilitadora de las buenas prácticas y como vía de desarrollo y promoción profesional, para ello trata de impulsar una línea formativa-informativa al alcance de los profesionales que deseen iniciar el proceso de acreditación de competencias profesionales, incluyendo presentaciones del modelo de acreditación profesional en las Unidades de Gestión Clínica (UGC)

Descripción del problema/necesidades.

Establecer acciones para promover la acreditación entre los profesionales sanitarios del distrito y evaluar el impacto de estas actuaciones según el número de profesionales que solicitan realizar el proceso

Desarrollo y soluciones aportadas En 2008, 16 profesionales inician en el Distrito el proceso de la acreditación profesional a través de la ACSA (uno finaliza). En 2009 se fijan estrategias de mejora que promuevan actitudes positivas entre los profesionales, su fin es extender el número de profesionales que solicitan la acreditación. Se intensifican intervenciones multicomponentes: actuaciones formativas-informativas en las UGC, creación de una red de profesionales referentes del proceso en cada UGC ("formador de formadores"), talleres prácticos (en colaboración con la ACSA) con la aplicación Me_jora P, reuniones de recordatorio, documentación de apoyo. El equipo de trabajo para la puesta en marcha de las estrategias está compuesto por: dos directivos del distrito y administrativos de la UAP

Resultados obtenidos.

(Provisionales) Entre febrero y marzo 2009, se realizan:14 sesiones formativas-informativas en todas las UGC sobre el modelo de competencias profesionales, se crea una red de profesionales referentes (12 médicos de familia y 14 enfermeras de AP y en el caso de dispositivos 2 pediatras de AP, 2 dentistas, 2 matronas y 2 fisioterapéutas); el Distrito ha organizado dos talleres para conocer la aplicación Me_jora P a la que han asistido los profesionales referentes; se desarrollan actos recordatorios: reuniones con profesionales referentes y comunicaciones a directivos UGC y se ha distribuido documentación de apoyo. A fecha de 26 de mayo 2009, existen 43 nuevas solicitudes de profesionales para realizar el proceso de acreditación profesional y esperamos en octubre alcanzar las 75 solicitudes

Lecciones aprendidas.

En esta estrategia la implicación entre los directivos y profesionales y la creación de una red de referentes con apoyo institucional y las intervenciones multiples son adecuadas para la instauración de procesos que conlleva a favorecer las buenas prácticas clínicas y el desarrollo y promoción profesional

C-890

COSTOS DE LA NO CALIDAD EN UN HOSPITAL PROVINCIAL DE ALTA COMPLEJIDAD - PROVINCIA DE CORRIENTES, ARGENTINA.

SCHWEIGER, A.; GROSSO, S.; ROMERO, B. y OTERO, R. A.. Isalud - AES

Palabras Clave: Calidad, Mejoras, Continuas, Ahorro de Costos

RESUMEN

Contexto de partida.
A los fines de esta investigación se seleccionó el proceso de autorización de Estudios extra hospitalarios, correspondiente a un establecimiento público polivalente de alta complejidad: el Hospital "Dr. José Ramón Vidal" de la Ciudad de Corrientes, Argentina, que tiene 300 camas y 10600 egresos, 900 personas empleadas y un costo anual aproximado de $25.000.000.
Descripción del problema/necesidades.
El proceso "Autorización de Estudios Extrahospitalarios", retrasa el diagnostico y tratamiento, prolongando la estadía en el servicio de clínica médica, exponiendo a los pacientes a complicaciones derivadas de internaciones prolongadas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El trabajo fue realizado por el Comité de Calidad del Hospital, en el marco del Programa Provincial de Gestión de la Calidad en la Atención de la Salud:
•Relevamiento del proceso, mediante entrevistas al personal que interviene en el mismo.
•Construcción del "Diagrama de bloque"
•Descripción de oportunidades de mejora.
•Construcción del "Diagrama de bloque" ideal.
•Implantación de oportunidades de mejora y Seguimiento mediante indicadores de gestión operativos y económicos.
•Costeo del proceso de implementación de mejoras y del Ahorro de costos por mejoras de proceso.
•Cuantificación de los ahorros Netos debido a la mejora del proceso de "Estudios Extra Hospitalarios".
Resultados obtenidos.
Demora histórica del proceso: X: 12 días
Demora con implementación de mejora: X: 2 días
Días de internación ahorrados por paciente: X 10 días
Costo día internación en clínica médica: $ 459.53.-/día
Cantidad de estudios mensuales promedio solicitados: X 20/ mes Costo ahorrado en 200 días de internación por mes: $ 91.906.-/mes
Por otra parte, el costo del comité de calidad de 10 integrantes, representa un valor de sueldos estimado destinado a tareas proceso de mejora de calidad de $3.940.
El valor neto del ahorro fue de: $91.906,00 -$3.940,60 = $87.971,40 (o en euros de 17.594,28 euros por mes).
Lecciones aprendidas.
La cuantificación de los ahorros de costos permitió identificar el alto impacto de la implantación de las mejoras en el proceso sobre los costos de operación del Servicio de Clínica Médica. La inclusión de los costos a la hora de elegir qué procesos se seleccionaran para mejorar, permiten una focalización que genera importantes beneficios (ahorros de costos) a la gestión del hospital y resulta susceptible de ser extrapolable a otros hospitales públicos de argentina y de los demás países de la región.

C-891

DIFERENCIAS EN LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS DISTINTOS CLIENTES INTERNOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

IDOIPE, A; ABAD R; SANCHEZ, R; AGUSTÍN, MJ; CARCELEN, MJ Y VARELA, I.
HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

Palabras Clave: Clientes, Encuesta, Calidad Percibida, Farmacia Hospitalaria.

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado por el grupo de calidad (GC) del Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel.
Descripción del problema/necesidades.
Se realizó una encuesta de satisfacción dirigida a facultativos (F) y personal de enfermería (PE) para conocer la calidad percibida e identificar puntos débiles con el fin de desarrollar acciones de mejora.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se remitió por correo interno una encuesta anónima dirigida a 148 F (jefes de servicio, responsables de calidad y tutores) y a 62 supervisores/as como representantes del PE. Constaba de 12 preguntas (2 sólo para PE sobre tiempo de entrega de medicación) valoradas de 1-10 y 3 preguntas abiertas sobre aspectos positivos, negativos y sugerencias. Las respuestas se analizaron por el GC y se implantaron acciones de mejora, difundiéndose a los encuestados los resultados obtenidos y las acciones prioritarias implantadas
Resultados obtenidos.
La tasa de respuesta fue del 50,2% siendo mayor la del PE (67,7%) que la de los F (40,0%) (p< 0,001). El PE valoró todos los aspectos con puntuación inferior (6,41-8,2) a la de los F (7,90-8,85) siendo 8,53 la satisfacción global de los F frente a 7,4 del PE (p= 0,002). Item mejor valorados por ambos clientes fueron: la competencia profesional (8,55 F vs 8,22 PE) , satisfacción con las explicaciones (8,56 F vs 8,07 PE) accesibilidad del farmacéutico (8,55 F vs 7,55 PE) y trato del personal (8,54 F vs 7,55 PE). Los aspectos negativos y sugerencias más frecuentes hacen referencia a identificación de profesionales, demasiada burocracia, no disponibilidad de algunas dosificaciones pediátricas y necesidad de incrementar la disponibilidad del farmacéutico de enlace y la dosis unitaria y para el PE la resolución e información de roturas de stock, errores de llenado de carros, no identificación de los pedidos suministrados y retrasos en la entrega de soluciones intravenosas de gran volumen. Las acciones prioritarias implementadas han sido: enviar copia del pedido suministrado, mejorar la identificación del personal, incrementar las dosificaciones pediátricas, realizar sesiones para disminuir errores en el llenado de carros y agilizar la distribución de sueros
Lecciones aprendidas.
Los clientes internos están en general satisfechos con el SF, si bien el PE se muestra más crítico en su valoración que el PF señalando ambos la actuación profesional de los farmacéuticos como uno de los aspectos mejor valorados. La encuesta ha facilitado la identificación de áreas de mejora lo que ha permitido la implantacción de acciones de mejora prioritarias.

C-894

MEJORANDO LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

VILLALBI, JR.*; BALLESTIN, M; DURAN, J.; SUBIRANA, T. Y CASAS, C.. AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA

Palabras Clave: Evaluación, Calidad, Mejora, Políticas, Salud pública.

RESUMEN

Contexto de partida.

Se presentan los esfuerzos de mejora de la calidad desarrollados desde una organización de salud pública y se discuten progresos y dificultades.

Descripción del problema/necesidades.

El equipo de gestión formuló una política de calidad y un plan que la traduce da forma operativa de modo que contribuyó a conseguir objetivos estratégicos. Dada la complejidad y heterogeneidad de la organización, se pusieron en marcha diversas acciones orientadas a la mejora de la calidad mediante el análisis de procesos internos y la formulación de acciones de mejora, la procedimentación de actividades, el conocimiento de la opinión de los clientes, la creación de grupos de mejora, la auditoria interna y la certificación y/o acreditación externa.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diversos segmentos de la organización han mostrado distinta sensibilidad y respuesta a estas iniciativas. Procedimentar ayuda a conseguir mejoras operativas, pero no todas las dependencias lo hacen en igual medida. Los esfuerzos basados en el desarrollo de grupos de mejora y la realizadión y utilización de encuestas a clientes de un servicio muestran su capacidad de cambio, pero tienen tendencia a ser puntuales y plantean dificultades para implantarse sistemáticamente en el conjunto de la organización. La ampliación de la acreditación ISO 17025 del laboratorio y la certificación ISO 9001 de los servicios de control alimentario, salubridad y gestión del centro de animales de compañía, ha comportado cambios positivos en su organización y funcionamiento, que se demuestran sostenibles y impulsan la mejora continua. La evaluación repetida de los servicios de atención a drogas por una organización externa (FAD) ha ayudado a su mejora. Otras dependencias han iniciado la implantación de los criterios de la certificación ISO 9001.

Resultados obtenidos.

Tras cuatro años, el 60% del gasto total de la organización se realiza en servicios o productos certificados externamente o en proceso avanzado de serlo. Los servicios certificados o acreditados hasta el momento se dirigen directamente a la ciudadanía y están vinculados con la gestión del riesgo (autorizaciones, inspecciones y análisis).

Lecciones aprendidas.

La estrategia inicial difusa de acciones de mejora de la calidad contribuyó a extender el concepto e introducir innovaciones. Sin embargo, sin un esfuerzo integral organizado, éstas se ven limitadas. La certificación y/o acreditación externa de los servicios se revela como una herramienta poderosa y parece ser una palanca de cambio eficaz que está en vías de extenderse cada vez a más dependencias de la organización.

C-895

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN DEL IMPRESO DE SOLICITUD DE ANTIBIÓTICOS RESTRINGIDOS

VICENTE ITURBE, C; HUARTE LACUNZA, R; VARELA MARTINEZ, I; ARRIETA NAVARRO,R; IDOIPE TOMÁS,A Y ABAD SAZATORNIL, R. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras Clave: Antibióticos restringidos, calidad cumplimentación, solicitud restringidos

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en un Hospital terciario, por facultativos del Servicio de Farmacia y de Microbiología, siguiendo normas establecidas por las Comisiones de Farmacia y de Infecciones

Descripción del problema/necesidades.

Una de las barreras que se deben superar ante la implementación de modelos de solicitud específicos para la dispensación de medicamentos restringidos es la de su correcta cumplimentación.Se pretende evaluar la calidad de cumplimentación de un modelo de solicitud de antibióticos restringidos (linezolid, tigeciclina y daptomicina) elaborado por la Comisión de Farmacia.La aplicación de estos impresos pretende garantizar un uso racional de los antibióticos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Análisis de calidad de cumplimentación de las solicitudes recibidas en el Servicio de Farmacia durante el primer semestre de 2008.Se valoró: diagnóstico o indicación, datos microbiológicos, tratamientos anteriores, evaluación de la respuesta y causa de suspensión.En indicaciones no autorizadas se recogió información sobre trámite del uso compasivo.Se realizó un análisis global, por servicios solicitantes y por tipo de antibiótico.Valoración realizada por dos farmacéuticos y un microbiólogo

Resultados obtenidos.

Se analizaron 194 impresos, principalmente de UCI 78(40%), hematología 24 (12,4%), infecciosos 23(11,9) y cirugía 20 (10,3%).136 eran de linezolid, 37 de daptomicina y 21 de tigeciclina.Solo en 134 (69%) de las solicitudes aparecía la indicación.De las que no se habían cumplimentado, 54 correspondían a solicitudes de linezolid (39,7% de este antibiótico).De 16 solicitudes fuera de indicación solo se tramitó el uso compasivo en 1. El dato microbiológico, no se consignó en el 35% de los casos (rango de 25% de no cumplimentación de UCI y el 60% de Nefrología).En el 48,5% no se indicó el tratamiento anterior (59,1% infecciosos, 33,3% hematología).Las solicitudes de linezolid fueron las peor cumplimentadas en este apartado (41,3% vs 80% de tigeciclina).En el 44,8% de las cumplimentadas no figuraba evaluación de la respuesta ni motivo de suspensión de tratamientos anteriores.

Lecciones aprendidas.

Las solicitudes de linezolid fueron peor cumplimentadas, tal vez porque en etapas anteriores se utilizó sin restricciones generándose hábitos de uso poco razonado.Las unidades con mayor uso de estos antibióticos (UCI, hematología) cumplimentaron mejor las solicitudes.La implantación de estos modelos requiere de medidas de evaluación para corregir posibles deficiencias de cumplimentación y posteriormente analizar la adecuación del uso para fomentar la utilización racional, objetivo principal de estas iniciativas

C-896

ENTIDADES EVALUADORAS DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CATALUÑA. UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL SECTOR SALUD

LÓPEZ-VIÑAS, M. L.; GUZMÁN SEBASTIÁN, R.; COSTA VILAR, N.; TIRVIÓ GRAN, C.; DAVINS MIRALLES, J. Y ELVIRA MARTÍNEZ, D..
DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT CATALUNYA

Palabras Clave: Acreditación hospitales, Cataluña, Entidades evaluadoras

RESUMEN

Contexto de partida.
La administración sanitaria dispone de herramientas para garantizar el nivel de calidad que los centros sanitarios ofrecen a sus ciudadanos. La acreditación es uno de los sistemas que se ha demostrado más eficaz. Cataluña dispone de una amplia experiencia en acreditación; el servicio de Calidad Asistencial y Acreditación es la unidad del Departamento de Salud encargada de la gestión y desarrollo del dicho sistema. El modelo de acreditación vigente prevé como aspecto innovador la utilización de empresas evaluadoras externas, autorizadas, formadas y controladas por el Departamento de Salud, con el objetivo de garantizar la calidad de sus actuaciones.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo era obtener unas evaluaciones externas eficientes y eficaces, utilizando un perfil de auditoría dentro del contexto de la Administración Publica, en base a la experiencia obtenida y demostrada como eficaz, en distintos sectores.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Definición del perfil adecuado de los auditores, de las condiciones necesarias técnicas y legales para el desarrollo del trabajo, diseño de un plan de formación de acuerdo al modelo de acreditación y definición del proceso de autorización y control de las mismas, según normas internacionales.
Resultados obtenidos.
Se dispone 7 entidades evaluadoras autorizadas para un total de 83 hospitales en proceso de acreditación. Se explica el sistema de selección y los criterios que se utilizaron para la selección de la entidad correspondiente. Se aportan datos cuantitativos y cualitativos de la evaluación externa.
Lecciones aprendidas.
Eficacia y eficiencia de las evaluaciones externas. Adecuación del perfil de auditor seleccionado. Formación impartida adecuada. Comunicación fluida entre los distintos actores del sistema: autorización de entidades, evaluación externa y acreditación de centros sanitarios. Resultados supervisados de calidad técnica.

C-897

ANÁLISIS DE RECLAMACIONES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CODIDIFICACIÓN UNIFICADO EN ARAGÓN.

JÚDEZ LEGARISTI, D; ESCRIBANO CATALAN, MT; FEBREL BARDAJI, M; ANTOÑANAS LOMBARTE, T; MIGUEL SAPELA, G Y GONZÁLEZ NOTIVOL, R.
DIRECCIÓN GENERAL DE ARTENCIÓN AL USUARIO

Palabras Clave: Reclamaciones, Calidad, Codificación

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Dirección General de Atención al Usuario del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Se implicaron los profesionales de los servicios de atención al usuario de toda la comunidad y personal de la dirección general del deapartamento de salud
Descripción del problema/necesidades.
Necesidad de un registro unificado de las reclamaciones para un análisis comparativo dentro de la comunidad. Al analizar los problemas de forma unificada permite identificar de una forma más hómogénea las areas de mejora, priorizar acciones en las lineas identificadas, etc.
Esto se hizo debido a la variablidad del sistema de codificación de los distintos centros y la imposibilidad de dar datos agrupados en la comunidad
Desarrollo y soluciones aportadas.
Hubo un trabajo previo en la dirección para recoger todos los sistemas de codificación utilizados y el historico de todos los centros con mas de 20 años de evolucion. Hubo una serie de reuniones con todos los servicios implicados en la que mediante consenso se fueron discutiendo todas las clasificaciones posibles de codigos aportadas hasta que se llegó a una clasificación definitiva. Inicio en junio 2008 y puesta en funcionamiento de la nueva codificacion en enero de 2009.
Resultados obtenidos.
Se ha llegado a una sistema de codificación unificado en toda la comunidad autónoma y que ha nacido gracias al consenso de todos los implicados en la recogida de las reclamaciones, quejas y sugerencias. Es un sistema reconocido y validado por todos los servicios implicados. Se ha conseguido porder establecer comparativas. De momento no, pero el sistema permite la incorporación de nuevos códigos que nacerán por el mismo sistema de consenso y que no afectarán a los ya existentes
Lecciones aprendidas.
Para que un proyecto transverasal funcione correctamente precisa de la implicación de todos sus miembros para que puedan considerarlo como propio

C-898

SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA

MARTÍNEZ ARGÜELLES, B.; CAMINO MARTÍNEZ, J.M.; JUAN RIJO, G.; REY CASTRO, P.; VILLACÉ GALLEGO, A. Y GONZÁLEZ SÁNCHEZ, J.A..
ISO@HOSPITALDEJOVE.COM

Palabras Clave: Indicadores, ISO, radioterapia, información

RESUMEN

Contexto de partida.
Certificación ISO 9001 del Servicio de Oncología Radioterápica de la Fundación Hospital de Jove, Gijón. Implicación: todos los miembros de la plantilla y Dirección del Centro.
Descripción del problema/necesidades.
Objetivo: definir un sistema de indicadores de calidad con las siguientes características, necesidades -Monitorizar el funcionamiento del servicio, globalmente y subprocesos.
-Conjunto completo representativo del funcionamiento, sin pérdidas de información.
-Número aceptable.
-No redundantes.
-Significativos estadísticamente.
-Evaluación automática (software).
-Información tipificada e información adicional mínima respecto al sistema de gestión de la información ya implantado.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño del proceso: 1-Identificación de las unidades funcionales en el servicio. 2-Determinación del flujo de información entre las unidades funcionales. 3-Determinación del diagrama de flujo. 4-Identificación de los pasos críticos. 5-Propuesta de indicadores por parte de las unidades funcionales. 6-Negociación multilateral. 7-Definición exacta de indicadores. 8-Especificación de responsabilidades. Lo esencial: -interpretación procesos asistenciales como flujo información. -unidades funcionales: subconjuntos del personal que realizan solidariamente tareas equivalentes. -punto 5: libertad a las unidades funcionales para definir indicadores según sus intereses particulares. Esto garantiza que los indicadores obtenidos responden a las necesidades reales del servicio, que son útiles y que son completos y no sesgados.
Resultados obtenidos.
Definición de un sistema de 17 indicadores automáticos, de los cuales sólo 6 requerían la introducción de información adicional en el sistema de gestión de la información. Los indicadores demostraron ser sensibles a variaciones de rendimiento en el servicio, fácilmente interpretables, robustos y fiables, como se puede ver a partir de los valores obtenidos y de su evolución temporal. Además se definieron dos indicadores globales del funcionamiento.
Lecciones aprendidas.
Un planteamiento eminentemente práctico, sin premisas ni teorías previas, ni imposiciones unilaterales, dando vía libre a los intereses de los diversos grupos involucrados demostró ser una manera eficiente de conseguir los objetivos. La clave, en nuestra opinión, está en que la suma de intereses particulares construya el interés general, garantizando la participación de todos los miembros y su interés por definir indicadores útiles y necesarios para mejorar el servicio. Además esta utilidad motiva a que los profesionales actúen con diligencia en el registro de la información que reciben.

C-899

ACUERDO DE OBJETIVOS PERSONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA. OBJETIVANDO LO SUBJERIVO

ATIENZA MARTIN, FJ; ROMERO GONZÁLEZ, JM; MARÍN ANDRÉS, GM; SERRANO ROMERO, MA; LOSADA RUIZ, MC Y TOSCANO CUETO, MC. C.S.
ADORATRICES (HUELVA)

Palabras Clave: Acuerdo De Objetivos, Incentivacion, Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
En una Unidad de Gestión Clínica (centro de salud), todos los profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, administrativos, auxiliares de enfermeria y celadores) realizan la entrevista para el desarrollo profesional, que incluye aspectos evaluativos en las dimensiones: innovación y mejora, trabajo en equipo, orientación a resultados y orientación al ciudadano
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto intenta dar respuesta al problema generado por la evaluación de profesionales sin unos objetivos asimilables, de manera clara y objetiva, a las dimensiones evaluadas en la entrevista, lo que puede dar lugar a evaluaciones sesgadas por impresiones más que realizadas, objetivamente, por hechos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La dirección de la Unidad Clínica, de acuerdo con la comisión de dirección de la Unidad, definió las plantillas base de objetivos individuales por grupo profesional en cada una de las 4 dimensiones evaluables.
Posteriormente se elaboraron los acuerdos individuales de objetivos de cada profesional de la Unidad, en función de la plantilla base, las responsabilidades personales y los objetivos de la Unidad Clínica (acuerdo de objetivos con el Distrito Sanitario).
Cada profesional fue informado por la dirección, de sus objetivos personales en las cuatro áreas evaluables, firmando el acuerdo individual.
Los acuerdos individuales llevaban unos anexos con herramientas de apoyo para la consecución de objetivos y metodología y ponderación de la evaluación de los resultados.
Resultados obtenidos.
Las plantillas de objetivos por grupo profesional incluían básicamente: En la dimensión de Innovación y Mejora: Elaboración de Planes de Mejora, Adopción de Guías de Práctica Clínica, Selección de herramientas de información y ayuda en la Toma de Decisiones, realización de procesos de acreditación personal En la dimensión de trabajo en equipo: Despliegue de los Planes de Mejora. elaboración de Planes de Acogida, elaboración de manuales de procedimientos En la dimensión de orientación a resultados: consecución de los objetivos de la Unidad En la dimensión de orientación al ciudadanos: realización de actividades con la comunidad, elaboración y utilización de protocolos escritos de información
Lecciones aprendidas.
Estos acuerdos individuales permiten realizar una entrevista para el desempeño sobre bases objetivas, consiguiendo una mayor transparencia en este proceso y clarificando las necesidades de adquisición de competencias de los profesionales.
Hay que seguir trabajando en plantillas de evaluación más transparentes y en herramientas de apoyo metodológico más efectivas

C-900

¿CONOCE NUESTRO PERSONAL DE ENFERMERÍA LOS INDICADORES CORPORATIVOS DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS?

INIESTA MARTÍNEZ, D.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.; CARAVACA ALCARÁZ, B.; MULA JULIA, A.; RODRÍGUEZ MOLINA, F.J. Y SALMERON AROCA, J.A..
HOSPITAL VEGA DEL RÍO SEGURA

Palabras Clave: Calidad, Indicadores, Cuidados, Enfermería, Hospital

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en un hospital comarcal de 100 camas, organizado desde la Dirección de Enfermería y enfocado al área de hospitalización e implicando tanto al personal base como a los Supervisores de Unidad
Descripción del problema/necesidades.
Los Supervisores de Enfermería coinciden en que el personal de enfermería relaciona los indicadores de calidad de Enfermería con su medición, pero desconocen otras dimensiones básicas como: su gestación, sus revisiones periódicas.La influencia en sus cambios de la opinión y sugerencias del personal base. El desconocimiento de los indicadores disminuye la calidad de la atención a los pacientes. El análisis y cuantificación se realizó a través de una encuesta al personal
Desarrollo y soluciones aportadas.
Iniciamos un ciclo de mejora que incluyó la difusión de una encuesta anónima para conocer la situación inicial. Tras ella realizamos las intervenciones: Sesiones de difusión de los Indicadores de Calidad impartidas por la Supervisora de Calidad y la Dirección de Enfermería en las Unidades de trabajo facilitando la participación de los profesionales, Edición de dípticos informativos de apoyo a las sesiones: uno de ellos con la justificación de cada indicador y su gestación a través del grupo GREMCCE, y otro detallando los indicadores a medir (éste también en formato póster, En las sesiones se fomentó la participación e implicación futura de los asistentes,toda la documentación de apoyo se incluyó en la Web de enfermería facilitando su consulta por parte de los profesionales. Finalmente, se volvió a pasar la encuesta para conocer la mejora obtenida.
Resultados obtenidos.
En la primera evaluación, sólo un 9 % comentaba haber sido informado con detalle y disponer de dicha información. Tras la intervención, este último porcentaje ha aumentado por encima del 80 %.
Lecciones aprendidas.
Inicialmente la difusión en nuestro centro de los indicadores corporativos de calidad de los cuidados de enfermería del SMS se había realizado a través de un despliegue en cascada: desde la Dirección de Enfermería y Supervisión de Calidad a los Supervisores de Unidad y de éstos al personal base. Este sistema no ha demostrado la efectividad deseada y por eso se ideó este ciclo de mejora. Tras la realización del mismo, se constata que la difusión de los indicadores mencionados ha sido total, tal y como reflejan los datos de la segunda evaluación. Además, las encuestas e intervenciones realizadas han servido de acercamiento y de intercambio de información entre el personal base, los mandos intermedios y la Dirección de Enfermería.

C-901

REGISTROS EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA

MARTIN PEÑUELA, E.M.; GORDILLO MONTOYA, J.M.; RODRÍGUEZ ALCAZAR, M.A.; GIL GÓMEZ, D.; DIAZ CASADO DE AMEZUA, M. Y SANCHEZ CONESA, E..
CS SAN MIGUEL

Palabras Clave: Evaluación, Procesos, Resultados

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realiza en una Unidad de Gestión Clínica de un Centro de Salud urbano de zona costera implicando a todos los médicos EBAP de la unidad.
Descripción del problema/necesidades.
En autoauditorías realizadas en abril de 2008 por la dirección de la unidad, se detectó en las historias clínicas un déficit importante del registro de actividades de los Procesos Asistenciales integrados (objetivo a alcanzar a final de año), a pesar de tener constancia de que la actividad asistencial se desarrollaba dentro de límites de calidad aceptables. Ese déficit era consecuencia de la reciente informatización del Centro con el sistema DIRAYA y por tanto la mejora de la Historia de los pacientes fue considerada una prioridad dentro de los objetivos de la Unidad
Desarrollo y soluciones aportadas.
Una vez valorado el déficit se realizó una reunión con todo el equipo para exponer los resultados y se recordó la necesidad de registrar correctamente los ítems, mostrando la forma más fácil y correcta de realizarlo así como priorizando algunas actividades más factibles de conseguir y dejando de lado aquellas que se valoraron como difíciles a la hora de abordarlas dentro del tiempo de margen marcado para la mejora (diciembre del mismo año). Se realizaron valoraciones bimensuales de los resultados parciales informando en reunión al equipo de la evolución del proyecto aprovechando para recordar la forma de registrar los mismos
Resultados obtenidos.
A final de año se analizaron los resultados observándose un incremento espectacular en los registros. De los 17 ítems evaluables, se consiguió superar ampliamente la cifra necesaria en 10 de ellos, en otros 3 se consiguió llegar al objetivo al final del periodo y en los 4 restantes, en 2 se había tomado la decisión previa de no intervenir por la dificultad de realización y en los dos restantes el aumento del registro en dichos meses fue muy importante a pesar de no conseguirse la cifra pactada
Lecciones aprendidas.
Aunque el trabajo asistencial se dirige a la consecución de una atención correcta y de calidad, el registro informático del mismo tiene un déficit importante que relacionamos con la falta de tiempo, la adaptación a un sistema informático nuevo y la pérdida de datos del anterior, unido a la poca información sobre la evolución de dichos registros. Si monitorizamos los resultados periódicamente, informando al equipo de la marcha de los mismos, se estimula la participación y la consecución de objetivos es más fácil como hemos comprobado en este proyecto sacando como conclusión que el inicio precoz de la monitorización es básico a la hora del estímulo y de la consecución de objetivos pactados

C-902

PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. UN CAMBIO DE ESTRATEGIA.

CONSUELO ROBLES AGUILERA; MARÍA DOLORES SÁNCHEZ MIRALLLES; FELIPE CAÑADAS NÚÑEZ; FRANCISCA ANTÓN MOLINA; ESTHER GONZÁLEZ REVUELTA Y PABLO GARRIDO FERNÁNDEZ.
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

Palabras Clave: Planificación-Form, Dir-Participat, Ref form, Encuesta,Comisión Formación

RESUMEN

Contexto de partida.

En los últimos años el Complejo Hospitalario Torrecárdenas (CHT) ha planificado la Formación Continuada (FC) sin una visión global ni homogénea y según criterios individualizados de cada una de las direcciones. Desde la Subdirección de la Gestión del Conocimiento a través de la creación de la Unidad Integral de Formación Continuada (UIFC) se pretende un cambio de estrategia en la planificación, priorización y operativización de la formación de todos los profesionales del CHT aunando esfuerzos, homogeneizando criterios a nivel de direcciones e implicando en la toma de decisiones a los profesionales al incorporar en los planes de gestión de las unidades, y dentro de los objetivos comunes, el plan de formación de cada unidad.

Descripción del problema/necesidades.

Tras el análisis longitudinal de las actividades de FC en el CHT durante los tres últimos años, se observó gran disparidad en cuanto a la organización, planificación y priorización de estas en relación con la categoría profesional, recibiendo incluso, por parte de algunos colectivos, su malestar por el escaso número de actividades dirigidas a ellos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este año se ha incorporado de forma consensuada a los planes de soluciones aportadas gestión de las distintas unidades el plan de FC con criterios homogéneos de contenido.

Con vistas a elaborar el Plan de Formación del CHT para el próximo año se ha constituido la Comisión de Formación creando la figura del referente de formación para cada una de las categorías, los cuales recabarán las necesidades formativas de sus compañeros a través de la encuesta de detección de necesidades formativas elaborada y adaptada a cada colectivo, además de difundir el proyecto.

Establecemos cronograma de actuaciones.

Se han elaborado 6 modelos de encuesta adaptada.

Para la difusión de la encuesta, se ha seleccionado una muestra por muestreo aleatorio simple para categorías con más de 100 profesionales, y en categorías con menos de 100, la muestra coincide con la población.

Resultados obtenidos.

Se han desarrollado 40 planes de formación correspondientes a la unidades asistenciales (UGC y no Gestión) y no asistenciales.

Se han difundido 1017 encuestas y hemos recogido 807 (79.35%) Actualmente en fase de tabulación de encuestas.

Lecciones aprendidas.

La FC es un derecho de los profesionales pero también un deber.

Una unidad que aglutine las necesidades de todos los profesionales es garante de calidad y buenas prácticas.

Que los profesionales se sientan parte de su organización es prioritario para mantener actitudes proactivas y garantiza la motivación de todos (organización-profesionales).

C-903

SISTEMA DE ACREDITACION DE COMPETENCIAS DEL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA: VISIÓN BASADA EN LA EXPERIENCIA PERSONAL.

NAVARRO QUESADA, FJ Y GRACIA ALFONSO, MA (*).
CS LUCANO. DISTRITO SANITARIO CORDOBA. CORDOBA

Palabras Clave: Mapa Competencias, Acreditacion, Pediatria Atencion Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

Aunque hace ya un tiempo que el Sistema de Acreditación de Competencias impulsado por la Consejería de Salud y tutelado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se puso en marcha, aún son pocos los profesionales que trabajando en el ámbito de la pediatría de atención primaria, se han involucrado en este proceso. El compartir con los demás compañeros, la experiencia acumulada por los profesionales que han conseguido un nivel de acreditación determinado, puede ser una actividad que repercuta positivamente en la implicación de nuevos profesionales en el proceso de acreditación. Se comunica la experiencia acumulada por dos pediatras de atención primaria obtenida durante sus procesos de acreditación, resaltando las fortalezas y debilidades de este sistema de acreditación

Descripción del problema/necesidades.

Analizar las causas por las que muchos profesionales no han iniciado su proceso de acreditación. Valorar las ventajas e inconvenientes que tiene el actual sistema de acreditación de competencias en pediatría de atención primaria. Alertar a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía sobre la existencia de debilidades con el fin de encontrar áreas de mejora.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La experiencia acumulada por ambos autores se analiza en esta comunicación. Las dificultades encontradas son analizadas, así como las ventajas e inconvenientes que la agencia debería intentar solucionar

Resultados obtenidos.

Fortalezas: Excelente programa informático. Excelente asesoramiento por parte de la Agencia. Herramienta útil para organizar la consulta del pediatra. Fuente de estímulo y superación. Inmuniización frente al burn-out. Debilidades: Burocratización de algunas de las pruebas a aportar (certificados)

Lecciones aprendidas.

Promocionar la acreditación por los propios profesionales que ya la han realizado puede ser una fuente de estimulo importante para la involucraciòn en el proceso de otros compañeros

C-904

ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS EN UN HOSPITAL DE REFERNCIA. ESTRATEGIAS DE FACILITACIÓN Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

SANCHEZ QUINTANA, MD.*; MASSE GARCÍA, M.; SANCHEZ OLIVER, MA.; MARTINEZ MAESTRE, MA.; VARGAS LAZCANO, JA: Y TORREJON CARDOSO, R..
HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCIO

Palabras Clave: Acreditación

RESUMEN

Contexto de partida.

Desarrollamos nuestra actuación en el marco de una Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología de un Hospital Regional con tres unidades funcionales dentro de las cuales realizan su trabajo profesionales que preferentemente desarrollan su actividad profesional en áreas competenciales específicas

Descripción del problema/necesidades.

La actividad cínica de los profesionales se desarrolla fundamentalmente en un área competencial especifica, lo que puede suponer una excesiva subespecialización de los mismos. Se hacía necesario establecer un marco común en la formación continuada de estos profesionales para asumir adecuadamente las tareas comunes a todos ellos (Atención Continuada). A su vez supone una dificultad para su acreditacion basada en un modelo multicompetencial diseñado de forma generica para cualquier ambito de trabajo del especialista en Ginecología y Obstetricia

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se ponen en marcha dos estrategias para favorecer y facilitar al profesional su acreditacion: 1.- Designamos una persona referente en cada Unidad funcional cuya labor es profundizar en el mapa de competencias de la especialidad diseñado por la ACSA y en el manejo de la aplicación Mejora_P, esta persona realiza una labor de tutorizacion directa uno a uno con los miembros de su unidad funcional para facilitar su proceso de acreditación.

2.- Los referentes de las diferentes unidades funcionales mediante un grupo de trabajo elaboran un perfil diferenciado que dentro del mapa de competencias generales se adecua mas a la labor asistencial de cada uno de los profesionales, lo que facilita la recogida de evidencias para su proceso de acreditacion

Resultados obtenidos.

El trabajo en equipo para diseñar perfiles de acreditación personalizados junto con la labor de tutorizacion uno uno o bien en grupos de trabajo reducidos con perfil asistencia semejante ha permitido aumentar el numero de profesionales acrditados en nuestro servicio así como motivar a los mismos para mantener o aumentar su grado de acreditación

Lecciones aprendidas.

-El trabajo en equipo redunda en una mejor y más facil consecucion de objetivos comunes. -Pese a existir un mapa de competencias para nuestra especialidad la elaboración de perfiles competenciales especificos facilita el proceso de acreditacion lo cual redunda necesariamente en un mayor grado de motivación del profesional hacia dicho proceso. -La presencia de un referente igual facilita la resolucion de dudas y problemas

C-905

RESULTADOS DEL PROCESO ASISTENCIAL FRACTURA DE CADERA EN EL PACIENTE ANCIANO DURANTE EL AÑO 2008 EN EL H.U. PUERTO REAL

SÁNCHEZ DE LA FLOR, MD; PORTILLA HUERTA, DAVID; DOMÍNGUEZ BERMÚDEZ, F Y BALLESTER ALFARO, JJ.
H.U. PUERTO REAL

Palabras Clave: Resultados, Proceso, Cadera, Anciano.

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó en el Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), en concreto en las Área de Urgencias, Traumatología y Quirófano. Se vieron implicados profesionales de diferentes niveles de atención sanitaria: Traumatólogos, Anestesiólogos, Rehabilitadores, Enfermeros.

Descripción del problema/necesidades.

Las fracturas de cadera en el paciente anciano constituyen un serio problema de salud pública. Una de cada tres mujeres y uno de cada nueve hombres mayores de 80 años sufrirán una fractura de cadera.

Nuestro objetivo ha sido reducir el tiempo de espera quirúrgico a menos de 24 horas, la morbilidad y la estancia media. Antes de la implantación del Proceso el tiempo medio de espera para la intervención quirúrgica era superior a los 7 días con el consiguiente deterioro del estado físico de los pacientes y la prolongación de la estancia hospitalaria. La estancia media era de 20,4 días por paciente estando la mortalidad en torno al 20% en el primer año según las estadísticas aportadas por el Servicio de Documentación Clínica.

Desarrollo y soluciones aportadas.

A lo largo del 2º semestre de 2007 se reunió un grupo de profesionales con un objetivo común: la implantación del Proceso asistencial Fractura de Cadera en el Anciano. El grupo lo componían 2 traumatólogos, 1 anestesiólogo, 1 médico de urgencias, un médico de familia, un rehabilitador, y enfermeros/as de diferentes áreas asistenciales. Cada profesional difundió el proyecto entre sus compañeros a través de sesiones clínicas estableciéndose el 1 de Enero de 2008 como fecha de la puesta en marcha del Proceso.

Resultados obtenidos.

Desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2008 se intervenieron 111 pacientes ancianos o biológicamente ancianos con fractura de cadera. En las primeras 24 horas se han intervenido el 52.3% que es considerado el primer criterio de calidad y en las primeras 48 el 72.4%. La estancia media ha sido de 10.4 días y la mortalidad del 12.3%. Los principales motivos de demora han sido: antiagregantes (20,3%)y el mal estado general. El 100% de los pacientes han recibido profilaxis tromboembólica.

Lecciones aprendidas.

Se ha de mentalizar a los profesionales sanitarios de la importancia en la prevención y tratamiento precoz de este tipo de fracturas. También consideramos conveniente la existencia de referentes que controlen el desarrollo del proceso para no bajar la guardia y evitar demoras innecesarias en el tratamiento. Con los mismos medios pero con una correcta organización y planificación se puede reducir el tiempo de espera quirúrgico y la estancia media con el consiguiente beneficio para pacientes, familias y para la institución que los acoge.

C-906

INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2007.

ROCA RODRÍGUEZ, M.MAR; BAENA NIETO, GLORIA; CAYÓN BLANCO, MANOLO; LÓPEZ TINOCO, CRISTINA; GARCÍA VALERO, AMOR Y AGUILAR DIOSDADO, MANUEL.
HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CADIZ

Palabras Clave: DM2, Calidad de Atencion, Control Metabólico

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolló en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz, con participación de todos los facultativos y médicos internos residentes.

Descripción del problema/necesidades.
Evaluar la evolución de indicadores de calidad de la atención a pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) atendidos en nuestra UGC de Endocrinología y Nutrición durante los años 2005 a 2007.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Explotación de la Base de Datos incluida en la aplicación informática HP-Doctor utilizada para todos los pacientes atendidos en nuestra UGC (Hospitalización, Consultas y Centros Periféricos). Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico principal o secundario “DIABETES TIPO 2”. Los indicadores de calidad han sido seleccionados de las principales Guías de Practica Clínica de atención a estos pacientes.

Resultados obtenidos.
Entre los años 2005 a 2007 se ha incrementado un 52% el número de pacientes con DM2 en seguimiento con historia informatizada (de 564 a 859 pacientes). En el año 2007 se evaluaron 859 pacientes (62,6 años de edad media y 13,6 años de evolución de DM), siendo el 16,5% fumadores activos, el 53% hipertensos y presentando el 48,2% y el 14,5% retinopatía y enfermedad cardiovascular conocida, respectivamente. En el año 2007, el 49,2% utilizaba algún tipo de insulina, el 47,7% estatinas, el 49,6% IECAs o ARA II y el 45% antiagregantes. Entre 2005 y 2007, se mantiene estable el porcentaje de pacientes con HbA1c media inferior al 7% (2005:31,7%; 2007:32,5%) y mejoran discretamente los porcentajes de pacientes con LDLc media inferior a 100 mg/dl (2005:19,2%; 2007:25,4%) y con el objetivo combinado de HbA1c media inferior al 7% y LDLc media inferior a 100 mg/dl (2005:7,6%; 2007:10,4%).

Lecciones aprendidas.
1) Entre los años 2005 y 2007 se observa una tendencia a la estabilización en los niveles de los principales indicadores de calidad de atención de pacientes con DM2. 2) La mayoría de pacientes con DM2 presentan un control glucémico y lipídico inadecuado en cuanto a objetivos estrictos de control de HbA1c y LDLc y utilización de antiagregación. 3) Sería necesario intensificar las intervenciones terapéuticas dirigidas a optimizar el grado de control glucémico y lipídico en pacientes con diabetes tipo 2.

C-907

EVALUACIÓN DEL AUXILAR DE INFORMACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

GONZÁLEZ GARRO,E.; FERRER GÓMEZ,P.; GARCÍA BOX,L.; MARÍN MORCILLO,MA.; RAMÍREZ CARBONELL,MD. Y MORENO RUIZ,I..
HOSPITAL VEGA DEL RIO SEGURA

Palabras Clave: Información,Calidad,Tiempo

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el servicio de urgencias de un hospital comarcal.Los profesionales implicados fueron auxiliares de enfermería y enfermeros.

Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretendía evaluar la información ofrecida a familiares de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital,con el fin de detectar carencias y modificar los indicadores negativos obtenidos durante el estudio,cubriendo así las necesidades demandadas por los usuarios.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se utilizó como instrumento para la recogida de datos una encuesta no soluciones aportadas validada,cuyas preguntas se seleccionaron tras una “lluvia de ideas”.Dicho cuestionario consta de cinco ítems,siendo:

-Cuatro de tipo respuesta cerrada,donde se da al encuestado la opción de elegir una sola respuesta de las tres que se ofrecen.

- Una de respuesta abierta,en el que los familiares tanto de pacientes de boxes como de camas de observación,pueden aportar nuevas ideas para mejorar el servicio de información.
Se pasó este cuestionario entre los familiares de pacientes que acuden al servicio de urgencias en el periodo comprendido entre el uno y el dieciocho de marzo de 2009.Se seleccionaron sesenta y dos sujetos de forma aleatoria,sin incurrir en variables como edad,sexo o religión.

Resultados obtenidos.
Los resultados fueron los siguientes: 1-NECESIDAD DEL SERVICIO: Poco necesario 0%,necesario 27,42%,muy necesario 70,97% y sin respuesta 1,61% 2-INFORMACION OFRECIDA: Escasa 48,38%,suficiente 43,55%,bastante 6,48% y sinrespuesta 1,61% 3-TIEMPO DE ESPERA:Corto 8,06%,medio 29,03%,largo 61,29% y sin respuesta 1,61% 4-LENGUAJE UTILIZADO: Poco comprensible 14,51%,comprensible 54,83%,muy comprensible 27,41% y sin respuesta 3,22% SUGERENCIAS HECHAS POR LOS ENCUESTADOS PARA MEJORAR EL SERVICIO:
Información más inmediata y concreta.
Más empatía con el familiar.
Más personal para este servicio.
Complementar la información del auxiliar con más información médica.
Otro porcentaje piensa que el servicio está bien así.

Lecciones aprendidas.
Tras la recogida de datos y el análisis de los resultados se evidencia que éste es un servicio muy necesario,percibiéndose el lenguaje que en él se utiliza como comprensible,y siendo susceptible de mejoras acortando los periodos de tiempo en los que se proporciona la información y ampliando la misma. En posteriores proyectos sería necesaria una nueva valoración trás las modificaciones aplicadas.

C-910

LA INSPECCIÓN MÉDICA EN LA CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS QUE CAUSAN INCAPACIDAD TEMPORAL

ÁLVAREZ THEURER, E; VAQUERO ABELLÁN, M Y GARCÍA SÁNCHEZ, J..
DELEGACÍON PROVINCIAL SALUD CORDOBA

Palabras Clave: Calidad Diagnóstico, Incapacidad Temporal, Duración Estándar

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo fue realizado en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades (UMVI) de la Inspección Provincial de Córdoba. Los profesionales implicados fueron los del equipo de la UMVI y los Médicos de Familia en Atención Primaria(AP)

Descripción del problema/necesidades.

Calidad en la prestación de Incapacidad Temporal (IT) significa la adecuación entre la incapacidad realmente padecida, los medios para evitarla y el tiempo necesario para ello. Un importante factor en la mejora continua de la calidad de la prestación de IT, es que el médico prescriptor disponga de información sobre su desempeño en la gestión en IT Nuestro objetivo ha sido evaluar la calidad del diagnóstico del parte de baja en los procesos de IT y la adecuación de la duración a la incapacidad realmente padecida en procesos de larga evolución

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Analizamos los partes de baja y alta en una muestra de 1200 trabajadores, seleccionados de forma aleatoria; en situación de baja laboral de duración superior a 15 días, y controlados por la UMVI, durante el año 2008 Se determinó la reproducibilidad, a través del índice kappa de concordancia clínica, y la validez del diagnóstico por grupos de la CIE9-MC con los parámetros sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Para determinar la adecuación de la duración de la baja se compara la duración de los procesos con los estándares publicados

Resultados obtenidos.

El parte de alta no parece que modifique sustancialmente el diagnóstico inicial del episodio de IT. La sensibilidad más alta se produjo en los grupos diagnósticos V (82,9%), XII (78,6%) y XIII (78,4%), y los valores predictivos positivos fueron superiores en los grupos V (94,6%), XIII (85%) y II (85%); los porcentajes de especificidad y valor predictivo negativo oscilaron entre 86,6%-99,9% y 85,8%-100% respectivamente En la comparación con las duraciones estándares, encontramos en los procesos que se resuelven en menos de 30 días, una aproximación a la duración estándar, mientras en los restantes, la duración de la baja es superior a la esperada en todos los grupos diagnósticos de la CIE-9MC

Lecciones aprendidas.

La calidad del diagnóstico que consta en los partes de baja es aceptable. Una buena información a los médicos de AP y una estrecha colaboración con la Inspección Médica permitirá mejorar la calidad de los diagnósticos mediante CIE-9-MC y, consecuentemente la gestión de la IT; de manera que los documentos que certifican la baja y el alta, no se cuestionen como fuente de información sanitaria relevante

C-911

INDICADORES CENTINELA DEL PROCESO ASMA INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA (2007-2008)

FERNÁNDEZ CARAZO C ; GONZÁLEZ CALVO J Y PÉREZ MILENA A.
CENTRO DE SALUD EL VALLE (JAÉN)

Palabras Clave: Asma infantil, Proceso asistencial, Urgencias, Indicadores.

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realiza una revisión del proceso asma infantil en un área urbana de pediatría de atención primaria (ap), que atiende 1016 niños, por un equipo formado por pediatra, médico de familia y mir, durante los años 2007 y 2008.

Descripción del problema/necesidades.

Queremos determinar la frecuencia y características de los niños con asma que acuden a urgencias (hospitalarias y AP) y la necesidad de consulta hospitalaria (CH), así como su utilidad como indicadores centinela del Proceso Asma Infantil.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realiza un estudio descriptivo transversal de asociación cruzada, valorando a todos los niños mayores de 2 años que cumplen criterios de asma activo y que lleven incluidos en el Proceso como mínimo 6 meses. Datos obtenidos de la Historia digital Diraya, Diabaco, HistoriaÚnica y llamada telefónica a la familia. Variables de estudio: asistencia a urgencias (salida a domicilio/observación de urgencias/ingreso hospitalario), edad, género, sensibilización, estacionalidad, clasificación, autocuidados, espirometría, tratamiento farmacológico, derivación a CH y características culturales y psicosociales de la familia.

Resultados obtenidos.

Se estudian 92 niños (prevalencia de asma activo 10%),58 varones (63%), edad inicio 5.0 años(±2). 70% estacionales y 30% perennes. Sensibilización: 61 (74%) olivo, 37 (45%) gramíneas, 12 (14.6%) alternaría y 19 (23.2%) epitelios. Espirometria realizada a 34 niños (37%). Derivación a CH: 2 niños (resolución en AP: 98%). 16 acuden a urgencias (17.4%), con mayor presencia de asma perenne (62.5% vs 26.5%, p=0,03 χ2), uso de terapia combinada (62% vs 26%, p=0.07 χ2) y familias disfuncionales (31%vs 8%, p=0,02 χ2). Las madres con estudios cualificados acuden menos a urgencias (19%vs 81%, p= 0,03 χ2).

Lecciones aprendidas.

El estudio de indicadores y su monitorización continua es un elemento clave en el proceso de mejora continua de la calidad asistencial. La asistencia urgente indica asma no controlado y es una situación potencialmente evitable: la existencia de asma perenne, el uso de terapia inhalatoria combinada y el mal funcionamiento familiar pueden ser empleados como indicadores de gravedad en el Proceso asma infantil.

C-912

CAMBIOS ORGANIZATIVOS PARA LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES:DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS A DEPÓSITOS DE AP DESDE EL HOSPITAL.

HUARTE LACUNZA,R.; ARRIETA NAVARRO, R.; VICENTE ITURBE, C.; ALONSO DE PABLO,V.; PALOMO PALOMO,P. Y ABAD SAZATORNIL, R..
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras Clave: Coordinación entre niveles, Depósitos de medicamentos.

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en un servicio de farmacia hospitalaria de tercer nivel.

Descripción del problema/necesidades.

Según el Decreto que regula la estructura de nuestro Servicio de Salud, entre las funciones del Gerente de Sector están la dirección, control y gestión del funcionamiento de los Servicios de Atención
Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Atención Socio Sanitaria. Una de las consecuencias es que los Servicios de Farmacia de Hospital han debido asumir la dispensación de los medicamentos para los depósitos de urgencia de los centros de Atención primaria, labor que antes se realizaba desde sus propios Servicios de Farmacia. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis de estas actividades en la Farmacia de Hospital a lo largo de un año.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio de las dispensaciones realizadas a Atención Primaria en 2008, soluciones aportadas utilizando la información proporcionada por el programa de gestión de farmacia y el registro de actividad del personal responsable de la tarea. Los datos recogidos fueron: número de pedidos dispensados (total y por tipo de centro), clasificación ABC por número de unidades dispensadas de cada especialidad farmacéutica y por importe, y clasificación por grupo terapéutico. También se valoraron los cambios organizativos debidos a esta actividad.

Resultados obtenidos.

Nuestro sector atiende una población de 367.110 habitantes, con 24 centros de salud, 6 de carácter rural y 18 urbanos y 35 residencias.
Cada unidad peticionaria dispone de un listado de especialidades aprobadas con una cantidad máxima de pedido prefijada. Esta nueva actividad ha supuesto que el Servicio de Farmacia deba destinar un Farmacéutico, un administrativo, un auxiliar de clínica y un celador, todos a tiempo parcial, para atenderla. Además ha sido necesario realizar cambios en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, sobre todo encaminados a aumentar el número de especialidades genéricas con objeto de adecuarse a los objetivos de prescripción de Atención primaria. A lo largo del año se atendieron 567 peticiones el 61% fueron de centros urbanos, 25% de residencias y 14% de centros rurales. Las especialidades más dispensadas corresponden a analgésicos y AINES, apósitos, antisépticos, anestésicos locales y corticosteroides.

Lecciones aprendidas.

El cambio organizativo ha supuesto una mayor carga de trabajo para el Servicio de Farmacia pero ha permitido un mayor acercamiento entre niveles.Queda por analizar el grado de satisfacción de los usuarios comparada con la que tenían con el sistema anterior y posibles vías de mejoras en el circuito de petición-dispensación para agilizar el proceso

C-913

GESTIÓN DE LOS FLUJOS DE TRABAJO EN URGENCIAS: PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDIANTE UN SISTEMA ESTRUCTURADO DE TRIAJE

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.; ESTEBAN ZARRAOA, M.J.; ANGULO ORUE, J.L.; QUINTEIRO GARCÍA, A.I.; BALZATEGI GARAI, E. Y MUÑOZ DE MIGUEL, C..
HOSPITAL ALTO DEBA

Palabras Clave: Triage estructurado, Priorización.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado en el Servicio de Urgencias Hospital Alto Deba, Servicio gestionado por procesos y certificado con la ISO 9001 2000 , participando en la implantación toda la unidad con el apoyo de la Dirección del Centro.

Descripción del problema/necesidades.

Una de las características que definen los Servicios de Urgencias es la variabilidad en las cargas de trabajo, siendo imposible preveer los flujos de pacientes que acuden a Urgencias. Así, ante una situación de saturación, se muestra como importante disponer de un sistema que te permita ordenar la atención, en base a la gravedad de los pacientes. El análisis de los tiempos de respuesta, mediante un programa informático de gestión de pacientes, puso de manifiesto este problema, decidiéndose implantar un sistema estructurado de triaje que permitiera clasificar a los usuarios en virtud de su gravedad, priorizando su atención según el nivel de gravedad asignado. Este sistema permite, ante situaciones de colapso o sobrecarga de pacientes, ordenar de una manera coherente las cargas de trabajo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se selecciono un sistema informático de estratificación de riesgo denominado SET, que permite clasificar a los pacientes en 5 niveles de gravedad, llegándose a unos compromisos en los tiempos de respuesta según el nivel de gravedad .
Posteriormente, el personal de enfermería, encargado de realizar el triaje, fué formado en su aplicación, difunciónde mas tarde al resto del personal sanitario e implantándose el sistema integrado dentro de nuestro propio sistema informático de gestión de pacientes.

Resultados obtenidos.

La informatización de todo el proceso de atención ha permitido la monitorización de los tiempos de respuesta para cada nivel de gravedad asignado, comprobándose un cumplimiento de los objetivos establecidos en base a unos estándares de calidad y nalizándose mensualmente. Tras la puesta en marcha, surgió la necesidad de valorar su eficacia a la hora de discriminar la gravedad del paciente, por lo que se analizó la relación existente entre el nivel de gravedad y el destino al alta de los pacientes

Lecciones aprendidas.

La aplicación del SET se ha mostrado como una herramienta útil que permite predecir el destino al alta de los pacientes en relación con el nivel de gravedad asignado. Además, los tiempos de respuesta , tanto para la realización del SET por enfermería, como para la atención médica de los pacientes , cumplen los estándares de calidad recomendados. Por todo esto, se recomienda disponer de un sistema como este que permita mejorar la eficiencia y gestionar cortrectamente el riesgo de los pacientes atendidos

C-914

¿CÓMO NOS COMUNICAMOS CON LOS PACIENTES? CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINAR: ESTUDIO OBSERVACIONAL DIRECTO.

SABATER-RAGA, R*; ALOY-DUCH, A; FUSTÉ-BALLÚS, C; RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J; NAVARROSOLÀ, D Y ARMENGOL-ROCA, G.
HOSPITAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: Comunicación, Profesional, Usuario, Estudio Ciego

RESUMEN

Contexto de partida.
Con la comunicación entre los profesionales y los usuarios deberíamos obtener, tanto la información que el equipo interdisciplinario necesita para el cumplimiento de sus funciones asistenciales, como que el paciente y la familia se sientan escuchados, comprendan el significado de su enfermedad y se impliquen en el proceso de curación.

Descripción del problema/necesidades.
Describir la calidad de la comunicación de los profesionales sanitarios problema/ hacia los pacientes y/o familiares durante el ingreso hospitalario en un necesidades hospital general de referencia de ámbito comarcal

Desarrollo y soluciones aportadas.
En el centro trabajan 468 enfermeras, 333 auxiliares y 273 médicos. Se planificó y realizó un estudio observacional sobre "comunicación", como excusa para encubrir la realización de un estudio "ciego" de cumplimiento correcto de la "Higiene de manos". Los investigadores acompañaron a los profesionales evaluados responsables del paciente durante el truno de mañana. Se valoraron 10 variables comunes y 5 específicas médicas, todas ellas relacionadas con el tipo y contenido del lenguaje evaluadas con un "sí/no". Entre las variables destacamos: presentación, explicaciones, trato, intimidad, interrelación profesional, comprensión, adecuación, pronóstico, información sobre pruebas, cortesía, comunicación con la familia del paciente y tiempo de dedicación. La muestra se obtuvo entre los profesionales de medicina interna, cirugía, traumatología, geriatría de agudos, ginecología y obstetricia, urgencias, medicina intensiva y bloque quirúrgico

Resultados obtenidos.
Los resultados definitivos se expondrán durante el congreso. De la muestra inicial destacamos: 1. No existen diferencias entre las unidades médicas y quirúrgicas, ni entre los profesionales de enfermería y médicos. 2. Hay 14 variables que superan el 80% de calidad, excepto el pase conjunto "médico-enfermera" que sólo se realizó en un 5 % de las actividades. 3. Los profesionales manifestaron su satisfacción con un 60 % de aceptación por la iniciativa del centro en evaluar el nivel de su comunicación.

Lecciones aprendidas.
La táctica de encubrir un estudio con otro, nos ha parecido muy adecuada y útil para asegurar unos resultados posiblemente fiables. Ha existido una buena aceptación, por parte de los profesionales, de este tipo de estudios sobre comunicación. El grado de comunicación en todas las unidades fue muy homogéneo y en un nivel adecuado que superó el 80% de la calidad requerida en el estudio. Creemos que la metodología utilizada, la evaluación directa de profesionales y los resultados obtenidos nos animan a proseguir en esta línea de estudios de investigación

C-915

ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA ACREDITACIÓN EN COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

AYUDARTE LARIOS, M.L.; VILCHEZ ROJAS, J.L.; BLESA FRANCO, S.; FERNANDEZ SIERRA, A.; CARLOS JIMENEZ, A. Y ENRIQUEZ MAROTO, F..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras Clave: Acreditación, Profesionales, Accesibilidad, Herramientas

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Virgen de las Nieves en su Plan Estratégico 2005-2010 considera en sus objetivos de desarrollo profesional, la puesta en marcha de la carrera profesional basada en la acreditación profesional. Se han puesto en marcha unas estrategias para poder conseguirlos.

Descripción del problema/necesidades.
El Contrato Programa establece que debe de fomentarse la Acreditación de Competencias entre los profesionales, estableciéndose la consigna de conseguir que un 15%. Se han establecido los siguientes objetivos: •Informar sobre el Modelo de Carrera Profesional y Acreditación de Competencias Profesionales •Fomentar la realización del Programa de Acreditación de Competencias y lo finalicen

Desarrollo y soluciones aportadas.
Charlas informativas orientadas sobre Carrera profesional y el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales, motivándoles a que se inicien en el proceso y resolviendo las posibles dudas.
Puesta en marcha de Talleres sobre el manejo de la aplicación informática del Programa de Acreditación: Mejora_P. Establecer grupos de orientación con personal tutorizado, para ayudar y facilitar la realización de las "pruebas no presenciales" del Programa de Acreditación Facilitar la accesibilidad a la petición de certificados. Creación de una Asesoria, en horario de tarde, para solucionar problemas y dudas de forma más individualizada Puesta en marcha de un grupo de trabajo sobre "Acreditación de Competencias Profesionales", donde existe un foro de discusión que permite a todos los profesionales exponer sus dudas. Creación de una página Web cuyos contenidos van a versar sobre el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales.

Resultados obtenidos.
A medida que se han ido llevando a cabo las charlas informativas y se ha difundido la información por diversos medios, ha aumentado el número de profesionales interesados en conseguir más información. Realización de una base de datos para saber el número de personas que han inicidado su proceso y el que han conseguido finalizarlo. También se hará un registro de las personas que participan en los talleres, acuden a la asesoría y el número de personas que están dados de alta en el foro.

Lecciones aprendidas.
Los profesionales están mostrando una gran satisfacción al conseguir que los responsables del Hospital les apoyen, faciliten y asesoren en el proceso de acreditación. Se ha conseguido que muchos profesionales que habían iniciado el proceso de acreditación y habían desistido de continuar, lo retomen de nuevo con mayor ilusión y personas que no mostraban interés en acreditarse, hayan iniciado el proceso de acreditación.

C-916

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Y DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

DÍEZ-GRIJALVO, M Y BARRASA-VILLAR, JI.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Palabras Clave: Evaluación, Programas de Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido llevado a cabo en la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (HCU)

Descripción del problema/necesidades.
Una de las líneas estratégicas del Sistema Aragonés de Salud es la de propiciar que cada servicio o unidad clínica desarrolle su propio Programa de Calidad (PC). Hasta el momento no se ha realizado una valoración general del impacto que esos PC podrían estar teniendo. Tampoco de la complejidad y dificultades que los servicios tienen para llevarlos a cabo. Por ello hicimos una evaluación del ciclo completo de gestión de esos PC en nuestro centro para, en su caso, poner en marcha medidas que mejorasen su funcionamiento y resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se desarrolló en dos fases. Una primera en la que se evaluó la gestión y el impacto de los PC a partir de las memorias anuales de seguimiento remitidas por los 46 servicios clínicos del HCU a la Unidad de Calidad, y una segunda en la que se hizo una entrevista estructurada sobre esos programas a los Responsables de Calidad (RC) de dichos servicios.

Resultados obtenidos.
Hay una media de 5 objetivos en cada PC, el 71 % de complejidad media (2,8 sobre 5) y que cubren sobre todo aspectos relacionados con la efectividad y la eficiencia (62 %). El 75,3 % de los objetivos carece de planificación, en el 95,4 % no se hace previsión de recursos y las actividades de control y seguimiento de los programas son escasas (sólo el 53 % de los RC las realizan). Solo en el 20% de los objetivos planteados existen evidencias claras de que los logros comunicados sean consecuencia del plan establecido. Para el 60% de los encuestados los PC tienen un efecto positivo en su servicio, pero el impacto medio de mejora valorado en una escala de 1 a 4 es de 1,8. El 53 % de los RC encuentra dificultades para implantar los PC, pero el 73 % dice recibir ayuda de su equipo de mejora. Consideran que las actividades de planificación y seguimiento son esenciales para el éxito de los programas así como la dotación adecuada de recursos (materiales, personal y tiempo) y la implicación de toda la organización con la calidad.

Lecciones aprendidas.
Aunque los RC consideran que los PC tienen importancia para la mejora de su ámbito de trabajo, existen problemas relacionados con la gestión de los mismos (selección, planificación, recursos y seguimiento) y solo en pocos casos hay evidencias de que se estén traduciendo en resultados tangibles o que éstos sean relevantes. Como consecuencia de la evaluación anterior, se ha redactado y aprobado un nuevo Plan de Gestión de la Calidad para el centro que trata de cubrir esas deficiencias.

C-917

ERRORES PREANALÍTICOS, ANÁLISIS MODAL DE FALLOS, EFECTOS Y ANALISIS DE DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES

COBOS DÍAZ A; ROMERO RUIZ A; DÍAZ RUIZ A; CAMPOS GARRIGUES A; ROBLEDO CARMONA LF Y ENGUIX ARMADA A. HCU VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Preanalítica, fallos, efectos, debilidades, amenazas, fortalezas

RESUMEN

Contexto de partida.
H.C.U. Virgen de la Victoria y centros de salud de su área. Médicos y enfermería de atención primaria y facultativos del laboratorio.

Descripción del problema/necesidades.
Se puede definir la fase preanalítica como aquella parte del proceso analítico que abarca desde la elaboración del petitorio hasta la entrega de la muestra en el laboratorio. Es una parte vital de este proceso: es donde mayor número de profesionales de diferentes disciplinas van a intervenir. Se considera de gran trascendencia la detección de errores y la identificación de las causas que puedan ocasionarlos. Se ha investigado sobre el efecto que la toma de muestras puede tener en este periodo, pero la implicación de diferentes profesionales induce a pensar en la conveniencia de intervenir más allá de ese aspecto

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo analítico exploratorio dividido en tres partes. 1.Análisis descriptivo del número y tipo de error en las muestras analizadas en el laboratorio del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. 2.Identificación de las diferentes fuentes de error empleando la metodología DAFO y AMFE y se establecen estrategias de mejora. 3.Planificación de la aplicación de dichas estrategias. La población de profesionales comprende a todos aquellos implicados en el periodo preanalítico (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores-conductores, administrativos y técnicos de laboratorio). El estudio sobre las muestras se realizará en aquellas recibidas en el Laboratorio del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Resultados obtenidos.
Para conseguir una detección eficaz de las potenciales fuentes de error se aconseja el uso de procedimientos que favorezcan ese efecto, como pueden ser el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) y el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO), así como el diseño de estrategias de seguimiento encaminadas a disminuir los errores y rechazos de muestras

Lecciones aprendidas.
Con el presente proyecto se pretende identificar los errores detectados en el laboratorio de nuestro centro, realizar un seguimiento para averiguar sus causas siguiendo la metodología AMFE y sentar las bases para diseñar estrategias de mejora encaminadas a su conseguir su disminución.

C-918

ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL INFANTA MARGARITA DE CABRA

GALLARDO MONTORO, M.*; MARTÍN AFÁN DE RIVERA, J.C.; POZO MUÑOZ, F.; TORRES FERNÁNDEZ, M.; MOYANO JIMÉNEZ, O. Y MARTÍ MUÑÓN, F. J..
HOSPITAL INFANTA MARGARITA

Palabras Clave: Asesoramiento, Unidad Calidad, Acreditación, Profesionales

RESUMEN

Contexto de partida. Trabajo realizado en Hospital Infanta Margarita de Cabra. El asesoramiento técnico, apoyo logístico, programación y desarrollo de sesiones coordinadas y realizadas por la Unidad de Calidad. Los profesionales implicados pertenecen a la Unidad de Calidad con perfil facultativo y enfermero.

Descripción del problema/necesidades.

- Incrementar el número de profesionales acreditados en el centro (actualmente han iniciado su acreditación 98 profesionales).

-Dar respuesta a los problemas planteados por los profesionales ante la acreditación (trámites burocráticos y asesoramiento continuado in situ).

-Unidad de calidad como engranaje del proceso de acreditación. El análisis de causas sobre la baja incidencia de acreditación se realizó por contacto directo con los profesionales y detección de los numerosos problemas que manifestaban (solamente hay 1 profesional acreditado).

Desarrollo y soluciones aportadas.

-Diseño y elaboración de manual de ayuda -Sesiones informativas en todas las unidades -Cronograma de trabajo en sesiones semanales de tarde (desde marzo hasta octubre) -Constitución de grupos de trabajo homogéneos en competencias profesionales para optimizar el rendimiento -Soporte técnico y adiestramiento en las herramientas que facilita la ACSA -Asesoramiento técnico in situ como complemento al tutor -Soporte operativo en la gestión de documentación y certificaciones -Evaluación de la satisfacción de los profesionales sobre el papel de la Unidad de Calidad en su acreditación y evaluar circuito implantado, mediante diseño y elaboración de encuesta de satisfacción -Mantener y consolidar la ayuda en la acreditación profesional, incorporando como formadores a profesionales acreditados

Resultados obtenidos.

-Incremento del número de profesionales que han iniciado su proceso de acreditación a 98 -Constitución de 25 grupos de entre 6 y 15 profesionales -Número sesiones de asesoramiento realizadas 108 con los distintos grupos -Gestión de documentación y certificaciones 100% -Diseño, elaboración y validación encuesta de satisfacción. Resultados tras finalización acreditación en Octubre

Lecciones aprendidas.

-Gestionar, centralizar documentación y certificaciones; principal problema que manifiestan los profesionales.

-Realizar sesiones informativas; bajo y erróneo conocimiento del proceso de acreditación -Formación y adiestramiento de herramientas que facilita la ACSA -Apoyo y asesoramiento técnico in situ a pesar de existir la figura del tutor -Realizar acreditación por grupos de profesionales homogéneos en competencias profesionales

-Incorporar áreas de mejora detectadas en la encuesta de satisfacción

C-919

UTILIZACIÓN DEL MODELO ANDALUZ DE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES COMO UNA HERRAMIENTA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN CLÍNICA

SÁNCHEZ GÓMEZ, S.; BENAVENTE BERMUDO, G.; ESTIVILL BARTOLOMÉ, FJ.; PRADO MEDIANO, F.; GÓMEZ ALDAZ, E. Y ALCALÁ FERNÁNDEZ, A..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Acreditación, Profesionales, Estrategia De Gestión

RESUMEN

Contexto de partida.

La dirección de la Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla decidió aprovechar las ventajas que ofrece el modelo andaluz de acreditación profesional para utilizarlo como una herramienta estratégica para avanzar en en el modelo de calidad total. Para ello se planteó como objetivo la acreditación de la totalidad de facultativos y personal de enfermería de la ugc-orl.

Descripción del problema/necesidades.

El modelo andaluz de acreditación facilita que los profesionales acrediten su calidad profesional sin generar “competiciones” o “rechazos interpares”, por lo que se asumió con unánime expectación e interés la inclusión de todos los miembros de la ugc-orl en el proceso de acreditación y la realización grupal de las actividades. La consecuencia más inmediata es la plasmación de los valores de calidad de la organización en la actividad clínica cotidiAna de la ugc-orl, así como en la construcción de una motivación colectiva que ha actuado de motor para la consecución del resto de objetivos desarrollo y soluciones aportadas se dedicó una sesión quincenal del programa de sesiones de la ugc-orl a la construcción grupal por parte de todos los miembros (separando las sesiones de facultativos delas de enfermería) de los informes de reflexión, utilizando las tecnologías de la informacón y comunicación. También con la aportación colectiva se generaron guías en formato papel (1 folio plastificado) para dirigir los primeros pasos de la mejora de las elaboraciones documentales de las historias clínicas y de la relacion con los pacientes y usuarios hasta que cada profesional las automatizara

Resultados obtenidos.

El 100% de los profesionales de la ugc-orl ha iniciado el proceso de acreditación.

En 2 meses se culminaron tanto la redacción de los informes como la elaboración de las guías para utilizar en cada punto de atención a pacientes y usuarios.

Se ha producido una notable mejora en el clima laboral y en la actitud cooperativa de los miembros de la unidad, ampliada a la relación interestamental.

Se ha facilitado la introducción de medidas de gestión clínica en la asistencia a los pacientes y se ha potenciado el interés por la propia gestión clínica y por la implantación de innovaciones sanitarias

Lecciones aprendidas.

La acreditación profesional del modelo andaluz permite que no sea una opción individual que discrimina y separa a los profesionales que pretenden destacar por su calidad.

Al contrario, utilizada como una herramienta de gestión

De recursos humanos facilita la motivación colectiva del grupo en la mejora continua de la calidad en todas sus dimensiones

C-920

EXPERIENCIA DE DOS AÑOS (2007-2008) EN EL ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

*GASSÓ RIBAS, M.; MARZAL TORRENT, L.; GALUP DE LACANAL, C.; VIVES VIVES, E. Y GARCÍA ALFRANCA, F..
SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

Palabras Clave: satisfacción cliente, encuestas

RESUMEN

Contexto de partida.

El Sistema d'Emergències Mèdiques-061 de Catalunya (SEMSA) mediante personal técnicamente formado, realiza las encuestas en sus dos líneas de servicio: 061 y Sanitat Respon (atención y consulta telefónica).

Descripción del problema/necesidades.

Evaluar el nivel de satisfacción de la población asistida según tipo de servicio, para responder de forma más satisfactoria a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio observacional y descriptivo mediante encuesta telefónica. La recogida de información se realiza mediante un cuestionario estructurado, diez días después de la solicitud de asistencia a 061 y entre 4 y 10 días después de efectuar la consulta en Sanitat Respon.

Se realizan preguntas cerradas dicotómicas y/o de múltiple elección. Tamaño de la muestra: 16 entrevistas/día, distinta según la resolución del incidente, seleccionadas por Región Sanitaria y tipo de recurso. Margen de error : +2. Nivel de confianza: 95% (p=q=0.5) Variables/Criterios: Atención telefónica, equipamiento ambulancias, trato recibido, tiempo de respuesta, competencia de los profesionales, información recibida, tiempo respuesta asistencial.

Resultados obtenidos.

El promedio de puntuación para el 2008 en una escala del 0 al 10 en la satisfacción global de la asistencia recibida es de 8.33 y un 80.28% de la población califica como buena o muy buena la asistencia prestada. En el año 2007 al comparar los resultados obtenidos en relación al tiempo de respuesta, las unidades de Soporte Vital Básico (SVB) eran mejor valoradas (85'7%) que las unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) (71%).

Durante este período se ha realizado una monitorización continuada del tiempo de movilización de las unidades de SVA, se han detectado incidencias y se han establecido acciones de mejora (cambios estructurales o tecnológicos). El tiempo de movilización ha mejorado, siendo considerado como "bueno" o "muy bueno" por el 93% de los encuestados.

La satisfacción de los usuarios es muy alta, mejorable en algunos aspectos como el de la información. Por ello, en el plan de formación se han realizado diferentes acciones formativas destinadas a mejorar la comunicación y empatía con los pacientes y familiares.

Lecciones aprendidas.

La clave para el éxito de una encuesta es que el tiempo dedicado a completarla sea breve y que el resultado obtenido sea significativo.

Lo ideal es una mezcla de preguntas abiertas y de opción múltiple. Hay que estar preparado para actuar sobre la base de resultados y diseñar un plan de encuestas para poder evaluar los resultados y la idoneidad de las acciones llevadas a cabo.

C-922

EFECTIVIDAD DE LA INSULINA DE ADMINISTRACIÓN ORAL/BUCAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

HERRADOR ORTIZ, Z.; LLANOS MENDEZ, A.; PELAYO OROZCO, A.; VILLEGAS PORTERO, R. Y ROMERO TABARES, A..
H.U. Reina Sofía, Córdoba

Palabras Clave: Diabetes mellitus. Insulina. Revisión sistemática.

RESUMEN

Contexto de partida.

La presente revisión sistemática fue llevada a cabo en colaboración con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (A.E.T.S.A.) a partir de una selección por priorización de tecnologías emergentes, selección que pretende anticiparse a la posible aprobación por la Food and Drug Administration (FDA) y la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) de una nueva terapia.

Descripción del problema/necesidades.

Presentaciones no invasivas de insulina que aporten beneficios clínicos y/o en calidad de vida a las personas con diabetes mellitus, como la insulina inhalada, intranasal o los parches de insulina, no han cumplido hasta el momento los estándares mínimos de seguridad y eficacia requeridos para su implantación terapéutica. En la actualidad, varias empresas farmacéuticas están investigando vías de administración alternativas a la insulina inyectada. Los beneficios de ambas vías de administración están aún por determinar, aunque la insulina bucal ya está siendo comercializada en algunos países como India y Ecuador.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Revisión sistemática de las bases de datos referenciales MEDLINE, EMBASE, Scopus, Current Contents, Web of Science, y Cochrane Library, Agencia Europea del Medicamento, Food and Drug Administration, Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías, Red Europea Detección Precoz de Tecnologías (EuroScan), y varios registros de investigación. La extracción de datos se llevó a cabo mediante lectura crítica según metodología propuesta por el programa CASPe y la escala de Jadad. A partir de criterios predefinidos, se seleccionaron tres ensayos clínicos. Se excluyeron aquellos estudios que no comparaban la insulina oral/bucal con el tratamiento estándar en términos de parámetros clínicos en población con diabetes.

Resultados obtenidos.

La insulina bucal produjo una reducción mayor y más temprAna en la glucemia postprandial medida a los 30 minutos en el grupo intervención frente al grupo control(reducción entre 55 y 38 mg/dl) y una pico de insulinemia mayor y más rápido (entre 98 y 88 frente a 65 μU/mL). Respecto a la insulina oral, los niveles de glucemia postprandial fueron equivalentes a los obtenidos con insulina inyectada, y la concentración máxima de insulina superior (110±130 vs. 96,3±69,7 μU/mL).

Lecciones aprendidas.

La insulina oral/bucal presentó, al menos, resultados equivalentes al tratamiento estándar. No obstante, los estudios presentaron problemas metodológicos de validez interna y externa. Se precisan estudios de mayor duración para evaluar la efectividad y seguridad a largo plazo.

C-923

ANALISIS DE NECESIDADES FORMATIVAS: IMPORTANCIA DE LA SELECCIÓN DE PARTICIPANTES ASOCIADA A EDP.

MARTÍN BERRIDO, M.; RAMÍREZ HERVÁS, M. Y ARROYO LÓPEZ, C..
Hospital Virgen de las Nieves

Palabras Clave: Análisis de Necesidades, Edp, Formación, Sau

RESUMEN

Contexto de partida.

La evaluación de necesidades formativas se realiza en el Servicio de Atención al Usuario (SAU) del Hospital Virgen de las Nieves. Los profesionales implicados en el proceso son la Subdirección de Comunicación y Relaciones con el Ciudadano, las Jefas de Servicio y las Jefaturas de Grupo/equipo de los distintos SAU del Hospital.

Descripción del problema/necesidades.

La formación realizada en el SAU hasta 2008 se estructura sobre la demanda de los profesionales, sin tener en cuenta el desarrollo de competencias o procedimientos relacionados con su desempeño. Ante esta situación, se planteó la necesidad de elaborar programas formativos orientados a mejorar la práctica profesional.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Partimos de la premisa de que un programa formativo es de calidad, al menos en su diseño, cuando la identificación de necesidades aporta datos sobre el contexto de trabajo relacionado con la atención al ciudadano, así como del desempeño profesional. En este sentido, se plantean las siguientes fases: - Identificación de necesidades institucionales con grupos nominales, utilizando como término de comparación para tomar decisiones en la priorización, datos de los indicadores de la actividad del SAU. - Identificación de necesidades percibidas por los profesionales a través de un cuestionario que recoge los procedimientos SAU. - Identificación de necesidades competenciales en la Evaluación del Desempeño Profesional (EDP) - Triangulación de los datos de las fases anteriores. - Elaboración del programa formativo integrado por talleres orientados al desarrollo de competencias.

Resultados obtenidos.

El programa de formación 2008 ha sido acreditado por la ACSA y los resultados indican un nivel de satisfacción de los participantes muy alto (el éxito: flexibilidad horaria, orientación a la práctica y aprendizaje entre iguales). Sin embargo, los indicadores de evaluación que se miden al inicio de 2009, evidencian que no se han producido cambios significativos en la atención al ciudadano. Analizamos los porqués y detectamos que la EDP se utilizó para concretar necesidades globales y no para priorizar la asistencia de los profesionales que necesitaban formación.

Lecciones aprendidas.

La selección de los participantes en función de la EDP en un proceso formativo es fundamental para obtener resultados de impacto. En 2009 se detectan las necesidades con un procedimiento similar al 2008, se elaboran los programas formativos y sus actividades, se establecen los criterios de asistencia a cada una de las actividades formativas y sobre esta base y el nivel competencial de cada profesional se negocia en EDP su formación.

C-924

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE UN CENTRO DE SALUD

MUIÑO BOVÉ, I.; GENS BARBERÀ, M.; VIDAL ESTEVE, E. ; SÁNCHEZ RUS, J.; LORENTE TEN, E. YGONZÁLEZ BRAVO, AI.
CAP Salou

Palabras Clave: Satisfacción, Cliente interno, Encuesta, Enfermeria, urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.

Centro de Atención Primaria urbano acreditado en calidad. Cliente interno.

Descripción del problema/necesidades.

Evaluar la satisfacción del cliente interno en relación a la consulta de enfermería de atención a la demanda urgente (ADU). Continuidad de la consulta. Encuesta cuantitativa y analisis estadístico de los resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Creación de un cuestionario formado por:identificación del lugar de trabajo del cliente interno(médico-M, enfermera-E y administrativos-A), 3 preguntas abiertas(beneficios consulta ADU, inconvenientes consulta ADU y aspectos a mejorar y 1 pregunta cerrada: expectativas de la consulta (nada, un poco, bastante y mucho). Presentación de la encuesta en sesión clínica, distribución a los clientes internos y recogida posterior. Analisis de los resultados por la comisión de calidad.

Resultados obtenidos.

N:36(80% cliente interno)(E37%, M33%, A30%). Analisis estadistico descriptivo.Beneficios:48%mejora la gestión de la demanda (66%de M,54%de A, 25%deE). 34%educa a los pacientes (50% de M, 25% deE y 27% de los A). 60% disminución de la presión asistencial de M (el 25% de M, 75% de E y 81% de A). 17% un método resolutivo para patología banal (el 66% son M) y un 14% potencia el papel de E. 11% paciente está en desacuerdo en ser atendido por una E. Inconvenientes: 28'5%duplicidad de visitas,afectando al flujo del paciente (50% de E, 33% de M y ningún A).17% E no cuenta con un respaldo legal (41% de E).17% no existe ningún inconveniente. Mejoras:23%ampliarían ADU a todas las consultas médicas del centro y durante el horario de atención continuada (62% son M, el resto Ay ninguna E).17% ninguna idea de mejora. 14%redefinir las competencias de las E del ADU(protocolos de actuación, establecer un respaldo legal…).11% educar más a los pacientes en cuanto a este servicio.Expectativas:71'42% expectativas cumplidas(36% M,el 24%E y40%A).Los resultados reflejan la necesidades de activar nuevos planes de mejora relacionados con el flujo del paciente y ampliación (horario y pacientes) de la consulta ADU.

Lecciones aprendidas.

El cliente interno manifiesta estar satisfecho de ADU ya que facilita la gestión de la demanda, disminuye el número de visitas médicas en las urgencias del Centro y refuerza la educación sanitaria de los pacientes. El personal de E manifiesta su inquietud en los aspectos legales de esta atención. Nos planteamos inicar un plan de mejora relacionado con la comunicación interna de los profesionales con el objetivo de redefinir el flujo del paciente. Pensamos que esta consulta es un buen instrumento para gestionar la demanda de la atención urgente.

C-925

ESTIMACIÓN DE LA EFICACIA Y DESARROLLO PROFESIONAL MEDIANTE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL.

FERNÁNDEZ CONDE, J.(*); CATALÁN RUEDA, E.; RUBIO GÓMEZ, I.; SANTOS MIGUEZ, MC.; ARIAS ESPADA, M. Y MORALES ORTEGA, L..
Gerencia de Atencion Primaria de Toledo

Palabras Clave: Eficacia, Cuadro De Mando, Desarrollo, Profesionales

RESUMEN

Contexto de partida.
El área de Atención Primaria de Toledo incluye 29 Centros de Salud y 99 Consultorios Locales con una población adscrita de 419.969 usuarios. Las 54 Unidades de Información y Atención al Usuario (UIAU) integradas están gestionadas por 126 profesionales del área administrativa y ofertan servicios directos al 81% de usuarios.
Descripción del problema/necesidades.
Las UIAU como puerta de entrada en Atención Primaria con implicación directa en la gestión y calidad asistencial, siendo primordial el desarrollo e implementación de un sistema de medición para aspectos cuantitativos y cualitativos, integrado en un programa de innovación y desarrollo. El objetivo del proyecto es diseñar e incorporar a los procesos de gestión de la organización un cuadro de mando integral (CMI) para evaluación del desempeño y eficacia de los recursos destinados a la información y atención al usuario.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Constitución de un grupo de mejora multidisciplinar. Selección del soluciones aportadas enfoque del proyecto y del modelo de cuadro de mando. Definición de indicadores, difusión del CMI y monitorización.
Resultados obtenidos.
El cuadro de mando resultante tiene un enfoque basado en el Modelo EFQM y las perspectivas de Kaplan y Norton. Se definieron la Misión y la Visión de las UIAU, se integraron estrategias y objetivos institucionales de reciente implementación y otras estrategias exitosas ya implantadas. Se incluyeron un total de 30 indicadores, obteniendo entre ellos: Financieros: Citas previas gestionadas: 3.050.000; Citas para atención especializada: 362.969; Tramitación de tarjetas sanitarias:105.052.
Clientes: Satisfacción media: 7,73 sobre 10; Amabilidad: 3,92 sobre 5.
Reclamaciones: 10% del total recibidas en la Gerencia en 2008 (Información y citaciones: 9%; relacionadas con el trato 1%).
Procesos: Conformidad en propuestas TSI, 94,8%; Tramitación correcta de reclamaciones: 83%; Usuarios citados con identificación incompleta: 5%. Formación y crecimiento: acciones formativas con duración >25 horas/año: 68 (54%) profesionales; profesionales formadores internos: 7; Actividad investigadora: 13 participantes, 3 trabajos de investigación finalizados y presentados; Organización de Congresos/jornadas: 4 participantes en 1ª Jornada Regional de UIAU y 42 asistentes del área.
Lecciones aprendidas.
El CMI permite la toma de decisiones al cuantificar el progreso y la evolución desde diferentes perspectivas. El intercambio de información que propicia esta herramienta al compartir indicadores clave con otras áreas asistenciales, facilita la vinculación de los profesionales de las UAIU con los objetivos de la Organización.

C-926

INFORMACIÓN DE INCIDENCIAS EN LA FASE PREANALÍTICA A LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

HERRÁEZ CARRERA, O.*; NOBLEJAS MARTÍNEZ-MATAMOROS, M Y NOBLEJAS CASTELLANOS, M.
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO

Palabras Clave: Preanalítica, Atención primaria, Analisis Clínicos

RESUMEN

Contexto de partida.
El laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital General La Mancha Centro, con implicación de todo el personal del laboratorio y de los coordinadores de los centros de salud.
Descripción del problema/necesidades.
En el laboratorio se procesan aproximadamente 9000 muestras mensuales provenientes de los centros de atención primaria a los que da servicio, en algunas de las cuales el laboratorio detecta problemas preanalíticos que pueden imposibilitar el análisis de algunas determinaciones. Sin embargo, los centros de salud no recibían una información clara y detallada sobre estos errores, por lo que no aplicaban las herramientas a su alcance para conseguir una mejora. Dar información para que se puedan solventar posibles causas de error supone para los pacientes una mayor seguridad en la calidad de los resultados analíticos, y un menor número de repeticiones de los mismos, aumentando por tanto la rapidez en la obtención de resultados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La primera fase del proyecto consistió en la cuantificación automatizada de las interferencias preanalíticas más frecuentes, de manera que se elimina la subjetividad de la medida. En una segunda fase se describen procedimientos para la medida mensual de estos errores, se diseña el informe y se solicitan los permisos necesarios para la divulgación de esta información a los centros de salud. En una última fase se reúne a los coordinadores de enfermería de todos los centros de salud con el fin de informarles y conseguir su implicación en el proyecto.
Resultados obtenidos.
El proyecto en sí permite evaluar los efectos que provoca. El informe que se envía consta de tres partes. En la primera, se cuantifica el tipo y porcentaje de errores por cada tipo de muestra; en la segunda, se compara dicho porcentaje con la media mensual de todos los centros de salud, y en la última se puede ver la evolución mensual de los errores del centro en forma de gráfico. En dicho gráfico se observa una tendencia predominantemente disminutiva de los errores medidos. Además, se observa un mayor interés por parte de los centros de salud por las incidencias en la fase preanalítica, detectándose un aumento de las consultas al laboratorio sobre posibles herramientas para la consiguiente mejora.
Lecciones aprendidas.
La recogida de datos mensuales permiten detectar no sólo errores puntuales, sino sistemáticos y además, permiten un seguimiento temporal de la evolución y la comparación con otros centros. En el laboratorio se comprueba la utilidad de la información recíproca entre los centros de atención primaria y atención especializada, la cual repercute en una mejor atención al paciente.

C-927

CUADRO DE MANDO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO

HERRAÉZ CARRERA, O; NOBLEJAS MARTÍNEZ-MATAMOROS, M Y NOBLEAS CASTELLANOS, M.
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO

Palabras Clave: Incicadores, Cuadro de mando, laboratorio

RESUMEN

Contexto de partida.
El laboratorio de Análisis Clínicos del HG La Mancha Centro, con implicación de todo el personal del laboratorio y el apoyo directo de la dirección.

Descripción del problema/necesidades.
De acuerdo con el sistema de calidad implantado, basado en una gestión por procesos, se define un cuadro de mando en que se registran los resultados de la medición de los indicadores de los procesos, el cual permite identificar el correcto funcionamiento de los procesos y la eficacia de la implantación del sistema de calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Para poder implantar el sistema de calidad, del cual deriva necesariamente el cuadro de mando, fue totalmente necesaria la implicación de todo el personal del laboratorio. Se identificaron los procesos de la actividad del laboratorio y sus indicadores, se planteó un procedimiento de medida de los mismos y el formato del cuadro de mando. Finalmente este cuadro de mando fue de completa utilidad en las reuniones para el análisis de datos realizadas en el laboratorio. Del cuadro de mando derivaron los objetivos de calidad del laboratorio, los cuales fueron alcanzados dentro de los plazos previstos.

Resultados obtenidos.
El cuadro de mando cuenta en la actualidad con 177 indicadores. Tras el último análisis de datos se observa una tendencia a la mejoría de indicadores tan importantes como la disminución de la tasa de contaminación de hemocultivos, la disminución del tiempo de respuesta en el laboratorio de urgencias y el aumento de muestras remitidas al laboratorio sin interferencias preanalíticas, entre otros. En cuanto a los objetivos de calidad basados en el cuadro de mando, fueron tres: Conseguir que al menos el 50% de las peticiones de urgencias llegaran al laboratorio en menos de 31 minutos desde la extracción, conseguir que al menos el 80% de las peticiones urgentes estén en manos del médico en menos de 61 minutos desde la llegada al laboratorio y que el porcentaje de sueros no hemolizados sea superior al 90%. En cuanto al primer objetivo se partió de un 27.4% y tras 9 meses se obtiene un 62.5%. En cuanto al segundo, se partió de un 77.4% llegándose a un 89%. En cuanto al tercero se partió de un 81% y tras el periodo de estudio se alcanza el 95.7%.

Lecciones aprendidas.
La medida sistemática de indicadores es una herramienta sumamente útil en la gestión, ya que no sólo permite detectar errores sino que, además, permite prevenirlos e incluso plantear objetivos de mejora, lo cual repercute de manera significativa en una mejor atención al paciente-usuario. Esta herramienta permite demostrar objetivamente y sin ambigüedad la capacidad del laboratorio para alcanzar unos objetivos.

C-928

UN MODELO DE EVALUACION POR COMPETENCIAS DE MANDOS INTERMEDIOS

Mª FERNANDA RAPOSO TRIANO; FERNANDO GILABERT VEGA; JOSÉ Mª MATEOS GAUTIER; MANUEL RAMOS DÍAZ; JOSEFA GUERRA ARÉVALO Y FRANCISCA DIAZ MENGÍBAR.
Hospital de Jerez

Palabras Clave: Evaluacion, Competencias, Perfil

RESUMEN

Contexto de partida.
El modelo se desarrolló en el Hospital de Jerez entre los años 2004 y 2008, por parte del equipo directivo para darse un modelo de evaluación por competencias con el que proceder a la renovación o selección de los mandos intermedios del Hospital. Participaron como usuarios del modelo los propios directivos, los mandos intermedios del Hospital y de otros centros que participaron en los tribunales.

Descripción del problema/necesidades.
Dada la poca experiencia en evaluación por competencias, la Directora Gerente propuso un listado para descomponer las seis competencias que se evaluaban de forma habitual a los mandos intermedios, en competencias básicas de conocimiento, habilidades y actitudes. Con motivo de la publicación del decreto de mandos intermedios, se revisó y se ponderó para resumirlo en las seis competencias que el SAS evalúa y se modificó para adaptarlo a las divisiones de enfermería y de gestión con el fin de aplicarlo a todos los mandos intermedios del Hospital.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El modelo se inició, para los jefes de servicio y de sección, con un listado de 16 competencias que se incrementó en dos ocasiones hasta llegar al actual de 25. En la primera fase se evaluaban las 16 competencias y se aplicaba como puntuación la media de las mismas. por el comité de dirección,se realizó una técnica de consenso en el comite de dirección para determinar la ponderación de cada competencia básica.

Resultados obtenidos.
Los efectos han sido de dos tipos: Para los miembros de los tribunales, un metodo fácil de evaluación que les resultaba de facil comprension: “No sabia que esto de las competencias era tan sencillo” Para la Dirección: Un método estable, extensible a todos los niveles, de fácil uso y que aporta mucha información para las areas de mejoras y el plan de desarrollo. En cuanto a resultados, se ha procedido a la evaluación de 31 jefes de servicio y sección médicos, 20 supervisoras de enfermería y 17 jefes de servicio, de grupo y de equipo de la División de gestión, de los que se han cesado 4, 2 y 1 respectivamente y el resto ha renovado su cargo

Lecciones aprendidas.
Tras la aplicación del modelo a todos los mandos intermedios del Hospital, descubrimos la posible existencia de perfiles de acuerdo a las competencias básicas y pretendemos elaborar el perfil óptimo para cada categoría con el que contrastar el perfil del candidato. También nos parece interesante extenderlo a la entrevista de desarrollo profesional anual para el seguimiemto del plan de formación y desarrollo

C-929

PLAN DE MEJORA DERIVADO DE LA AUDITORÍA DE ACREDITACION DOCENTE EN EL HOSPITAL TXAGORRITXU.

LAMIQUIZ, E ; GARITANO, B Y VILLAR, F.
HOSPITAL TXAGORRITXU

Palabras Clave: Plan de Mejora, Acreditación Docente

RESUMEN

Contexto de partida.

Los días 6-8 de Mayo de 2008 se realizó en nuestro centro la auditoría de acreditación docente.

Descripción del problema/necesidades.

Tras la auditoría se identificaron oportunidades de mejora para las que se propusieron acciones correctoras, que han sido analizadas, priorizadas, planificadas y evaluado su grado de implantación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se constituyó un equipo de trabajo formado por 4 miembros del equipo directivo, 3 miembros de la Unidad de Gestión Sanitaria, y el responsable de Docencia Especializada. Se celebraron 10 reuniones del equipo de trabajo, lideradas por el Director Gerente. Se abarcaron dos grandes áreas de análisis: 1. Análisis del procedimiento de auditoría y la respuesta de la organización ante la auditoría: adecuación de la persona interrogada respecto al tema concreto, conocimiento adecuado de las personas de la organización de la existencia de cierta información (protocolos, procedimientos, …). dispersión de la información, difusión de la información, etc., adecuación del sistema (“hacerlo más auditable”)… Se propusieron acciones relacionadas con la mejora de la respuesta de la organización al procedimiento de auditoría. 2. Revisión de los requisitos de auditoría y los hallazgos para cada requisito: se revisaron exhaustivamente todos los requisitos de los tres grandes bloques que establece el manual de acreditación docente: Funciones centradas en el paciente, Funciones centradas en la organización y Funciones centradas en la formación y docencia, proponiendo acciones de mejora para aquellos puntos en los que se detectó la posibilidad de actuar Las acciones propuestas se priorizaron según los siguientes criterios: impacto en el resultado de la auditoría (relacionada con el nº de criterios a los que afecta), factibilidad, necesidad de mejora (relacionada con el impacto en el paciente) y coste económico.

Resultados obtenidos.

A partir de las acciones propuestas se elaboró un plan de mejora con las acciones más puntuadas, fijando plazos, responsable de su ejecución, y documentación que soporta dicha acción. El equipo de trabajo realiza reuniones periódicas de seguimiento para asegurar el correcto despliegue del plan, el cumplimiento de los objetivos propuestos y la evaluación de la efectividad de las acciones planteadas.

Lecciones aprendidas.

La auditoría de acreditación docente supone una fuente de información excepcional para detectar áreas de mejora, y complementa a otras fuentes como auditorías internas, auditorías externas de certificación. La integración de toda la información proporciona una “foto” del estado de la organización y ayuda en la planificación y la mejora.

C-930

ASPECTOS ECONÓMICOS EN PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS PRIMARIA

ALMAZÁN DEL POZO, MERCEDES; ALEMANY LÓPEZ ANTONIO; RODRÍGUEZ PALOMINO MIGUEL ANGEL; CECILIA NAVAZO, JULIA; HERNÁNDEZ DE LAS HERAS, TOMÁS Y SEVILLANO PALMERO, MARIA LUISA.
área 1 a.p.

Palabras Clave: Osteoporosis, Prevención, Costes

RESUMEN

Contexto de partida.

Fue realizado por un grupo de profesionales dell Área 1de A.P., compuesto por las unidades de sistemas de información, uso racional del medicamento, servicos generales y gestión económica, coordinado por la dirección asistenciál

Descripción del problema/necesidades.

Ante la existencia de importantes discrepancias entre las recomendaciones que las distintas sociedades y ámbitos científicos sobre el tratamiento de la osteoporosis, y su repercusión a nivel económico se ha considerado de interés trabajar sobre ello.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La osteoporosis, y más concretamente las fracturas osteoporóticas presentan un impacto económico y social muy relevante, ya que supone un coste importante en nuestro sistema nacional de salud, y además supone una merma considerable en la calidad de vida de los pacientes que la sufren.El trabajo que el Área ha realizado se ha basado fundamentalmente en implantar y desarrollar las recomendaciones que a nivel farmacológico y de recomendación de habitos saludables y de detección de mujeres con factores de riesgo ha aportado la guia editada por la Comunidad de Madrid.

Resultados obtenidos.

Se han definido líneas de actuación concretas y objetivos específicos, dentro de los que destacan los relativos a aspectos económicos tanto en la detección de posibles bolsas de ineficiencia en relación a prescripicón de fármacos, como en el análisis de todas las posibles derivadas que un buen abordaje desde atención primaria puediera repercutir en una posterior minoración de costes en otros niveles asistenciales, e incluso, si fuera posible intentar cuantificar lo que puede significar a efectos sociales. Las líneas de actuación de mayor calado comenzaron a implantarse en el segundo semestre del ejericio 2008.

Lecciones aprendidas.

En cuanto a aspectos económicos seria conveniente destacar;
- Que el papel de la atención primaria es relevante en cuanto la prevención y el diagnóstico de la misma son fundamentales en cuanto a la dismimución de su prevalencia.
- Que los costes directos, epecialmente aquellos reltivos a hospitalización son cada vez mayore, debido fundamentalmente a las fractruas de cadera que aumentan significativamente asociadas al aumento de edad poblacional.
- Que tratamientos adecuados tanto a nivel de diagnóstico (acceso a densitometrias por parte de los profesionales de atención primaria) como adecuados tratamientos farmacológicos (poca relevancia económica en el conjunto de costes directos), tienen una repercusión importante.

C-931

¿QUÉ PIENSAN LOS PROFESIONALES DEL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA SOBRE LA CALIDAD?

ÁNGEL VIDAL MILLA Y ESTHER CORRALES BAZ.
INSTITUTO CATALAN D'ONCOLOGIA

Palabras Clave: Personas, Calidad, Formación, Percepción

El trabajo se realizó en el contexto del Plan de Formación Interna Institucional del Institut Català d'Oncologia (ICO) sobre el Plan de Calidad impartido por la Dirección de Calidad. Los profesionales que participaron en el trabajo son los asistentes a las sesiones, pertenecientes a todos los Servicios (prevención, servicios generales, farmacia, asistencia, investigación, etc) y colectivos (administrativos, auxiliares, celadores, enfermería, médicos, farmaceúticos, etc).

Descripción del problema/necesidades.

L'Institut Català d'Oncologia contempla y promueve activamente la Mejora de la Calidad como eje estratégico desde su creación, en 1995.

Uno de los retos actuales claves de la Unidad de Calidad del ICO, es la culturització y participación de los profesionales, pacientes y familiares en los Programas de Calidad de nuestro instituto. El Plan de Calidad del ICO de los proximos años ha definido estrategias muy activas en esta línea: un plan de Formación Interna, Sessiones, Plan de Comunicación, foros de pacientes y familiares, son algunas de las iniciativas que se llevaran a cabo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Una de las acciones prioritarias era conocer la opinión y conocimientos de los profesionaless sobre la Calidad en nuestro centro. Por este motivo, se diseñó una encuesta anónima dirigida a los profesionales que estaban inscritos en las Sesiones de Formació Interna del Plan de Calidad.

La encuesta recogía 3 preguntas: 1. ¿Qué es la calidad?, 2: ¿Qué proyectos conoces que el ICO esté realizando en relación a la calidad? y 3. Describe un ejemplo de calidad y no calidad.

Resultados obtenidos.

Se han realizado 60 encuestas a profesionales de los 3 Centros ICO: Badalona, Hospitalet y Gerona. Hay representación de todos los colectivos y servicios de un Instituto Monográfico de Cáncer. Los profesionales definen la calidad de diferentes maneras. Los conceptos que más se repiten son: un buen servicio, prevención de errores y riesgos, estandarización, eficiencia, etc. Los proyectos de calidad que más conocen los profesionales son las ceritificaciones ISO de los diferentes servicios. Los profesionales plantean 45 prácticas de no calidad y 39 prácticas de calidad.

Lecciones aprendidas.

En las respuestas de las encuestas se pone en evidencia que hay áreas de mejora en la información y comunicación de la Institución en el área de Calidad. Las respuestas han servido servirán de base para realizar acciones estratégicas dirigidas a mejorar la percepción del profesional en torno a este tema. Este instrumento es un buena guia para sistematizar la evaluación y percepción de los profesionales en temas específicos.

C-932

REGISTROS: APORTACIÓN A LA CALIDAD EN LA HISTORIA CLÍNICA

PAC FERRER, I.*; GARCÍA CUADRO, I; GARCÍA GARCÍA, J; NARANJO MORENO, D; ROSELL SALVADO, G Y SIMÓN FERNÁNDEZ, M.
SCIAS-Hospital de Barcelona

Palabras Clave: Historia Clínica, Registros

RESUMEN

Contexto de partida.

Evaluar y comprobar la cumplimentación de los registros médicos y de enfermería dada su relevancia y utilidad en la asistencia al paciente.

Descripción del problema/necesidades.

El propósito de esta revisión es determinar el grado de cumplimiento de una parte de los documentos de la historia clínica y proponer mejoras.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se eligen aleatoriamente una muestra de 234 historias clínicas de pacientes quirúrgicos con más de 48 horas de ingreso y varios criterios de exclusión. Realizada revisión directa de cada ítem de los documentos y su posterior explotación con el soporte informático de los programas FileMarker y Excel. Marzo 2007:Reunión para la presentación del grupo el trabajo y la metodología a seguir. Abril 2007:Reunión para realizar prueba piloto de revisión de varias historias clínicas por todos los evaluadores. Mayo/Junio 2007:Revisión historias. Junio/Julio y Agosto 2007:Entrada de resultados en la base de datos FileMarker. Enero 2008:Explotación de datos. Junio 2008:Reunión para la presentación de los datos, se reparten los documentos entre todo el equipo de evaluadores para realizar las conclusiones. Enero 2009:Modificación de la documentación. Febrero 2009:Sesión informativa dirigida al personal sanitario. Mayo 2009:Reunión para evaluación del proyecto.

Resultados obtenidos.

Tras la revisión de los documentos aportados (ingreso enfermería, educación al paciente, alta enfermería, curso enfermería, curso médico, preparación quirúrgica, historia clínica y gráfica anestesia) se obtiene el siguiente porcentaje: de los registros médicos, un 61,10%; de los registros de enfermería, un 57,09% y de la totalidad de los registros evaluados, un 53,26%.

Valorado el resultado de estos registros, se decide modificar la documentación actual con el propósito de lograr la total cumplimentación de los mismos. Se presenta una nueva versión de documentación clínica en sesión informativa con una acogida positiva por parte de los profesionales.

Lecciones aprendidas.

Dada la importancia que los registros médicos y de enfermería tienen a nivel, tanto clínico como legal, se deduce tras los resultados obtenidos que puede y debe mejorarse el grado de cumplimentación de éstos.

C-933

LA ACREDITACION DE PROFESIONALES EN ZONAS DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL: EL SÍNDROME DEL LLANERO SOLITARIO

AGUSTIN MORENO PÉREZ; CARLOS GARCÍA LEON; JOSE ANTONIO FRANCO MORENO; MANUEL MORILLA GARCÍA; CARLOS BARBERÁ GARCÍA Y MARIA ISABEL FUENTES GARCÍA.
UGC VILLAMARTÍN. CONSULTORIO DE PUERTO SERRANO

Palabras Clave: Acreditacion, Profesionales, Zona de Transformacion Social

RESUMEN

Contexto de partida.
Nuestro Consultorio de Atención Primaria se encuentra en una población rural de 7040 habitantes que por sus características se considera Zona de Transformación Social. En él desarrollan su actividad 6 médicos, 5 enfermeras, 2 celadores y un administrativo. El inicio del proceso de acreditación profesional representa fundamentalmente la oportunidad de crecer y mejorar nuestra dinámica de trabajo pero el temor es que pueda generar sobrecarga.
Descripción del problema/necesidades.
El personal del Centro realizó un formulario en el que se valoró el conocimiento previo de los conceptos de Calidad Asistencial, situación personal frente a la Acreditación, estado actual, valoración de la herramienta informática (conexiones realizadas), percepción de apoyo de la organización y/o progreso personal. Tras el análisis, los datos apuntaron la necesidad de realizar una reunión informativa para aclarar conceptos tanto a los ya iniciados/registrados/no registrados (80%) como a los excepticos (20%). Planteamos hacer un nuevo corte a los tres meses y otro al año.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En la evaluación realizada a los tres meses, se había aumentado el % de los registrados (50%), el % de Historias valoradas y el % de conexiones a la herramienta Mejora_P (al menos una conexión diaria). La percepción de sobrecarga era mayor (73% de los usuarios de Mejora_P) y la demanda de tiempo específico en la jornada laboral para cumplimentación Mejora_P era mayoritaria.
Resultados obtenidos.
El cuestionario significó para algunos el primer abordaje de conceptos de calidad y estimuló su compromiso y dedicación. Las reuniones mensuales (se han realizado dos hasta la fecha) aportaron mejoras en la tarea individual. La dinámica de trabajo de acreditación va calando poco a poco en el propio trabajo diario. No obstante la sobrecarga puede resultar un impedimento y causa principal de abandono.
Lecciones aprendidas.
La implicación colectiva en la acreditación favorece el compromiso individual. La infraestructura material y la percepción del apoyo de la organización mejorarán los resultados. La motivación está muy relacionada con la información previa: se solicita por parte de los consultados. En zonas de transformación social, la acreditación se percibe como una herramienta para mejorar el abordaje y atención a los usuarios: en el caso de generar sobrecarga, la mayoría optaría por abandonarla. Conocer la opinión de los profesionales de manera dinámica y en tiempo real puede mejorar la realización del recorrido completo de acreditación.

C-934

HACIA UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN. PRIMER PASO, EL SISTEMA ÚNICO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL

RODRÍGUEZ LE HALPER, JM.; ELOSEGUI MENDIZABAL, M.; DOMINGUEZ RODRÍGUEZ, ML.; MILLAN ORTUONDO, E. Y VAREA LAHUERTA, K..
HOSPITAL BIDASOA

Palabras Clave: Gestión-Calidad-Alcance Proceso Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Bidasoa trabaja desde 1997 con un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) según ISO 9001:2000 en procesos asistenciales y no asistenciales,liderados por los responsables de los mismos. En el año 2007 la Dirección del hospital tomó la decisión estratégica de caminar hacia un sistema único de gestión de calidad y finalizar con un sistema de gestión integrado.
Descripción del problema/necesidades.
Según se iban ampliando los alcances del SGC empezamos a tener problemas debido a la diversidad de propietarios de procesos, la visión y gestión “parcelada” de los diferentes subprocesos asistenciales y no asistenciales así como problemas en las interfaces, objetivos de mejora inconexos entre los diferentes procesos, diferentes auditorías internas y externas y diferentes empresas certificadoras, esfuerzos duplicados, aumento del gasto y una dificultad de visión global tanto de los resultados satisfactorios como de las oportunidades de mejora.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Creación de grupo de trabajo para desarrollar el SGC.Revisión del mapa de procesos y elaboración de la documentación. Reuniones con los propietarios de procesos y subprocesos para elaborar las fichas de proceso y analizar los objetivos e indicadores.Desarrollo de una aplicación informática para la gestión de incidencias y apoyo de la U. de Calidad tanto para su apertura como para su tratamiento. Incorporación de la información relevante de cada proceso al Cuadro de mando asistencial y rediseño del mismo.Presentación del proyecto a la Comisión de Dirección y a Mandos intermedios para su aprobación.
Resultados obtenidos.
Disponer de un único responsable:Dirección Gerencia/Comisión de Dirección con información y gestión eficaz y coherente del proceso.Analizar la evolución de indicadores,objetivos y la voz del Cliente,evaluando las oportunidades de mejora.Mejorar las interfaces a través de la gestión de incidencias.Realizar auditorías internas y externas unificadas con un mismo enfoque optimizando recursos y costes.
Lecciones aprendidas.
La gestión parcelada de los SGC es un handicap para la consecución de la satisfacción del cliente y el cumplimiento de la misión del proceso asistencial.Reorientar el enfoque del sistema hacia el paciente como núcleo central ha servido para mejorar las interfaces.Al existir un único SGC y ser la dirección del hospital su propietario, facilita el tratamiento de No Conformidades. El cuadro de Mando orientado al control de los puntos críticos es una herramienta necesaria para mejorar la eficacia del sistema.El SGC organiza y normaliza nuestras actividades con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

C-935

ACCIÓN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CONSUMIDOR DE ALCOHOL EN 4 CENTROS DE SALUD

SÁNCHEZ NANCLARES, G. E.; REIGADAS LÓPEZ, M. I. ; REQUENA FERRER, R. M.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, M. J.; MARTÍNEZ GARCÍA, J. F. Y BARRAGÁN PÉREZ, A. J..
Gerencia de Atención Primaria de Cartagena

Palabras Clave: Alcohol, Primaria, Calidad Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

En 4 Centros de Salud (CS) del Área de Primaria (AP) de Cartagena con perfiles poblacionales diferentes.
Hubo un responsable de mejora por cada CS y también existió implicación por parte de nuestra Gerencia.

Descripción del problema/necesidades.

La Atención al paciente con consumo excesivo de alcohol era año tras año el programa con peor captación (siempre por debajo de 5% de cobertura) en nuestra Área.
Nos planteamos si la atención prestada a estos escasos pacientes captados era la correcta.Para ello construimos 7 criterios de proceso inspirados en las Normas Técnicas Mínimas de la Cartera de Servicios y medimos su cumplimiento.
Analizamos las posibles causas agrupándolas a través de un diagrama de Isikawa en 4 grupos (proceso, profesionales, material y pacientes).

Desarrollo y soluciones aportadas.

La fuente de datos fue la Historia Clínica informatizada de AP.
Se soluciones aportadas incluyeron todos los pacientes mayores de 14 años, con algún diagnóstico crónico relacionado con alcohol desde el 1/1/2005 hasta 31/12/06, de todos los cupos informatizados de los 4 CS.
El número total de pacientes analizados fue de 234 (entre 43 y 70).
No fue necesario método de muestreo, pues empleamos todos los casos.
Una vez analizado el nivel de incumplimiento de la 1ª evaluación, se reunió el equipo de mejora para diseñar las medidas correctoras mediante diagrama de afinidades. La intervención se llevó a cabo desde 1/5/2007 hasta 31/3/08 e incidió principalmente en mejorar el programa informático (contactando con la empresa y Gerencia) y en formar y estimular a los profesionales sanitarios mediante sesiones.
Todo esto se lideró en cada centro por un responsable de mejora perteneciente a cada CS.
Tras la reevaluación se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas en las que el valor de Z era mayor de 1,65 (test estadístico de una cola).

Resultados obtenidos.

El patrón de incumplimientos era independiente del perfil poblacional del CS lo que hacía pensar en factores relacionados con los profesionales. Hubo una mejora significativa en C6 (22%), C2 (21%), C1 (18%), C4 (15%) y C3 (10%). Por CS sólo mejoraron CS 1 (26,7%) semirrural y el CS 3 (20.8%) urbano.
El éxito estuvo ligado a la presencia constante del reponsable de mejora de cada CS que por motivos laborales y de salud no pudo ser la misma en los 4 CS.

Lecciones aprendidas.

Mejorar un Servicio difícil con una situación de partida tan mínima exige un esfuerzo valiente, intenso y mantenido. La mejora relativa observada debe alentarnos a continuar trabajando hasta conseguir situar los cumplimientos en los valores estándar.
¿Será un largo camino?

C-936

ADECUACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA

MELGUIZO MOYA, ISABEL; VIDAL SERRANO, SILVIA; NAVARRO PUERTO, MARÍA ASUNCIÓN Y MARTÍN LUIS MARÍA.
HOSPITAL DE VALME

Palabras Clave: Adecuación, resonancia magnética nuclear (RNM)

RESUMEN

Contexto de partida.

Este proyecto tiene entre sus objetivos evaluar la adecuación de las decisiones clínicas y determinar qué factores están asociados con problemas de calidad asistencial. Los investigadores son médicos pertenecientes a las Unidades de Medicina Interna y de Calidad y Documentación Clínica.

Descripción del problema/necesidades.

Los clínicos se enfrentan al desafío de proporcionar una asistencia de calidad en un entorno cambiante, con un incremento de las opciones terapéuticas y diagnósticas y un aumento de las expectativas de nuestros pacientes. La difusión de procedimientos diagnósticos como la RNM es muy frecuente existiendo una elevada variabilidad en sus tasas de solicitud. Para favorecer el uso adecuado de tecnología es preciso disponer de información en nuestro contexto. El objetivo fue evaluar la adecuación en la utilización de la RNM en nuestra unidad durante el año 2007 aplicando la guía de indicaciones de uso apropiado publicada por la Agencia Vasca de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA).

Desarrollo y soluciones aportadas.

En primer lugar se obtuvo el listado de solicitudes de RNM realizadas por la unidad en el año 2007, excluyéndose las inducidas por otros servicios. El listado se estratificó según la procedencia de la solicitud, consultas externas o pacientes ingresados y posteriormente se realizó una selección aleatoria por bloques tomándose un 10% del total de HC. Se seleccionó una muestra mediante arranque aleatorio. Se hizo una estrategia de mejora para la solicitud de RNM y luego con la misma metodología del 2007 se analizaron los datos del 2008. La tasa de adecuación de RNM fue definida como el porcentaje de RNM consideradas adecuadas (según criterios de la guía OSTEBA) respecto al total de RNM realizadas.

Resultados obtenidos.

Los resultados del estudio fueron difundidos a los facultativos que componen la unidad. Un total de 198 RNM fueron solicitadas, de ellas 136 desde consulta externa y 62 de pacientes ingresados. Se obtuvieron 20 HC para auditar (13 de consultas externas y 7 de pacientes ingresados), además de 5 de reserva. 17 solicitudes fueron adecuadas y 3 inadecuadas con una tasa se adecuación del 85%. Tras la intervención de mejora, la adecuación en el 2008 fue del 100%.

Lecciones aprendidas.

La evaluación continuada de la práctica clínica es un pilar en el proyecto de mejora de calidad asistencial en un servicio clínico. Este análisis permite situar y medir la calidad de la asistencia con el objetivo de guiar decisiones de los clínicos hacia una práctica más sistemática y hacía una asignación más eficiente de los recursos.

C-937

DOCUMENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PROGRAMADO QUIRÚRGICO (APPQ) MODELADO CON BPMN.

CALAHORRA FERNÁNDEZ L.; LLORENTE PARRADO C.; BALLESTER FERNÁNDEZ-BRAVO N.; MARTÍN ESPARTERO R. J.; VERA ESPARTERO J. M. Y ROLÓN AGUILAR E..
HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Palabras Clave: Proceso, Indicador, Cirugía, BPMN, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se encuadra dentro de un proyecto de investigación conjunto entre profesionales del Hospital General de Ciudad Real (HGCR) e investigadores del Grupo Alarcos de la Universidad de Castilla la Mancha, cuyo objetivo es Implantar BPM (Gestión de procesos de negocio) mediante una herramienta para “gestión del conocimiento de procesos hospitalarios” (GCPH) y un sistema de gestión de procesos de negocio (BPMS) en el ámbito sanitario, para la mejora continua de la calidad en la atención de los pacientes que van a ser intervenidos de forma programada en el HGCR. La primera fase es la documentación y la evaluación basal del proceso. Este proyecto afecta a: gestores, profesionales asistenciales y no asistenciales relacionados con el ámbito quirúrgico, pacientes y familiares.

Descripción del problema/necesidades.

El proceso de atención al paciente programado quirúrgico, es un proceso clave del HGCR, complejo por el alto número de intervenciones realizadas y profesionales implicados pertenecientes a diferentes unidades y servicios. Este proceso presenta importantes oportunidades de mejora conocidas por evaluaciones realizadas en el ámbito asistencial y de calidad. Este proceso es susceptible de ser mejorado tras su documentación y evaluación mediante la aplicación de la herramienta de gestión del conocimiento y el sistema de gestión de procesos de negocio.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este proyecto ha sido financiado mediante una beca de investigación FISCAM. Las etapas de esta primera fase son: 1- Realización de la ficha de proceso APPQ y modelado mediante la notación BPMN. 2- Selección de los indicadores para el análisis de la situación actual. 3-Medición de los indicadores.
4-Análisis de los resultados por servicio y propuesta de acciones de mejora.

Resultados obtenidos.

En esta fase del proyecto se ha conseguido la documentación del proceso mediante la ficha, su modelado mediante la aplicación de BPMN, una batería de indicadores de actividad asistencial, calidad científico técnica y percibida con resultados por servicios. Entre las oportunidades de mejora destacan: reducir la espera, la estancia preoperatoria y la suspensión de intervenciones; aumentar la ocupación de quirófano y la ambulatorización de procedimientos; mejorar la calidad del informe de alta, etc.

Lecciones aprendidas.

El modelado del proceso APPQ mediante la notación BPMN ha facilitado su comprensión y la definición exhaustiva de las actividades y sus responsables. El análisis de los indicadores seleccionados permite identificar áreas susceptibles de mejora con el fin de aplicar las citadas herramientas en las siguientes fases del proyecto.

C-938

DESARROLLO DE LA ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ORL DEL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

ESCALANTE ALZA, JL.*; HERNÁNDEZ PÉREZ - LANZAC, C.; BENITEZ BOCANEGRA, S.; CORREA GUERRERO, A.; CARCELEN LOPEZ, F. Y ROMERO LÓPEZ, T. .
HOSPITAL COMARCAL AXARQUÍA

Palabras Clave: Acreditación, desarrollo,

RESUMEN

Contexto de partida.

La UGC de ORL del Hospital de la Axarquía se constituyó en 2004; desde ese año la consecución de objetivos ha ido incrementándose, alcanzándose en 2008 el 96.38% de cumplimiento. Participan en la UGC profesionales de diferentes áreas (hospitalización -compartida con servicios de Traumatología y Pediatría-, área de quirófanos y consultas externas) y categorías profesionales, con diferente grado de participación.

Descripción del problema/necesidades.

Impulsar la mejora continua conforme a los estándares de acreditación de la Agencia de Calidad de Andalucia, mediante un proceso de reflexión sobre el estado actual de la Unidad y la planificación de
medidas que lleven a la consecución del horizonte marcado por la organización, adaptado localmente; en la medida de lo posible sin uso de nuevos recursos ni pérdida de actividad en la Unidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se agruparon los estándares de la Agencia de Calidad con criterios de selección basados en los conocimientos específicos de los profesionales. Se identificaron y seleccionaron los coordinadores y participantes de los grupos de evaluación. Difusión del proyecto entre los profesionales y planificación del trabajo de los grupos. Establecimiento del cronograma del proceso. Identificación de evidencias y recopilación documental de las mismas. Detección de áreas de mejora, discusión de factibilidad y planificación. Análisis de cumplimiento de estándares. Difusión de evidencias y mejoras a los profesionales de la Unidad. Observación de medidas adoptadas previo a autoevaluación.

Resultados obtenidos.

La UGC ha conseguido el nivel de acreditación avanzada. Han colaborado en el proceso 92 profesionales de la UGC y 25 de otras unidades. En el proceso de autoevaluación se identificaron 82 áreas de mejora, consiguiendo 54 durante la propia autoevaluación. El 70% de las áreas de mejora pertenecían a los bloques de estructura y ciudadano como centro del sistema. El 60% consistían en generación de guías, acciones formativas y difusión. El mayor porcentaje de consecución de estándares fue en el área de documentación clínica con un 100%.

Lecciones aprendidas.

Conocimiento del funcionamiento de otras áreas del hospital (atención al ciudadano, documentación clínica, etc)
Normalización de circuitos y protocolización de la práctica asistencial con confección de nuevos procedimientos (de formación, nuevas tecnologías, uso adecuado de productos, etc)
Mejorariamos la difusión del proyecto de forma escalonada desde el principio. Es un buen sistema para saber como estamos trabajando , y se compromete a los profesionales en la mejora continua.

C-939

¿ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS ADMINISTRATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

FORTES ÁLVAREZ, JL; ROMERO FERNÁNDEZ, MM; GARCÍA MEDINA, MM; BARREDA PÉREZ-PRAT, MJ; CABA PEÑA, JJ Y MORCILLO PLAZA, JA.
Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real

Palabras Clave: Satisfacción, Administrativos, Atención Primaria, Ocaus

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, desde la Oficina de Calidad Asistencial. Han sido los seis profesionales descritos en la filiación los principales responsables de este proyecto.
Descripción del problema/necesidades.
La idea surgió desde la OCAUS, pues se percibía que las Unidades Administrativas es un colectivo poco reconocido tanto por la población como por el resto de profesionales de Atención Primaria, además de trabajar con mucha presión y burocracia. Con este estudio se han puesto en evidencia los puntos débiles que disminuyen la satisfacción de este colectivo y por lo tanto influyen de manera negativa en la satisfacción del usuario. Se diseñó un cuestionario ad hoc tomando como referencia el de Font- Roja, con la inclusión de ítems que valoraban las condiciones físicas del entorno entre otros.
El cuestionario constaba de dos partes: una primera parte de cinco preguntas informativas que permitían describir la muestra y la segunda parte con 23 preguntas valorativas que se respondían mediante escala Likert, con puntuaciones que iban del 1 (nunca) al 5 (siempre) sobre diferentes aspectos del trabajo de los Administrativos de Atención Primaria. Se realizó un estudio de frecuencias en cada item analizando las diferencias entre distintas variables según el test Chi- cuadrado. (nivel de significación estadística para una probabilidad de 0,05).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se trata de un estudio descriptivo transversal, mediante encuesta que soluciones aportadas se realizó entre el 4 y el 16 de marzo de 2009. Se recibieron 68 cuestionarios sobre un total de 105 Administrativos (respuesta del 67,32%). La encuesta fue voluntaria y anónima y se puso a disposición de los trabajadores a través de la Intranet de la Gerencia.
Resultados obtenidos.
Se pretendía detectar posibles aspectos negativos en las condiciones de trabajo de estos profesionales. Destacar entre los resultados obtenidos, que el 70,15% no tiene plaza en propiedad, un porcentaje importante de los administrativos (39%) refiere tener solamente una reunión al mes con el equipo, cuando la mayoría (67,65%) piensan que son siempre necesarias. El 41, 18% consideran que su opinión cuenta sólo a veces para el equipo Directivo , el mismo porcentaje piensan que sus jefes no se han preocupado por el diseño de su puesto de trabajo nunca.
Lecciones aprendidas.
Aunque el nivel de satisfacción es bastante alto, debemos mejorar el número de reuniones con el equipo, la información que reciben de los resultados de su trabajo y que su opinión se tenga en cuenta tanto por su propio equipo como por la Dirección.

C-940

¿QUÉ IMPACTO TIENEN LOS PROYECTOS DE MEJORA?:EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD

AGUILAR, I; BARRASA, JI; CASTÁN, S Y LÓPEZ-IBORT, N.
HCU Zaragoza

Palabras Clave: Proyectos de mejora, Evaluación.

RESUMEN

Contexto de partida.
Una de los instrumentos sobre los que se articula la Gestión de la Calidad en el Sistema Aragonés de Salud es el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad (PAIMC). Esta iniciativa está promovida y financiada por el SALUD y tiene como objetivo apoyar e impulsar proyectos de mejora que pueden surgir en el ámbito asistencial. El presente trabajo fue desarrollado en la Unidad de Calidad del Sector III de Zaragoza.
Descripción del problema/necesidades.
El PAIMC se desarrolla desde el 2004 pero, salvo una encuesta realizada en el 2007 a los coordinadores de los proyectos, no existe información sobre su utilidad. En la encuesta, una de las propuestas más señaladas fue mejorar la difusión y evaluación de los resultados, que todavía no se había realizado.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se revisaron las Memorias de Seguimiento de los proyectos del PAIMC desarrollados en el año 2008 en el Sector III de Zaragoza. Para cada uno de ellos se valoró su ámbito de aplicación y los siguientes ítems: dimensión de la calidad involucrada, existencia o no de indicadores, grado subjetivo de desarrollo (escala del 1 al 5), impacto potencial (1 al 5) e impacto real de la mejora (1 al 4). Los dos últimos se valoraron por 4 evaluadores de manera independiente, considerando como resultado final la media de sus evaluaciones.
Resultados obtenidos.
Se presentaron un total de 46 proyectos: 2 de ellos del ámbito de Salud Mental, 21 de Atención Primaria y 23 de Atención Especializada. El presupuesto total directo asignado fue de 28.600 euros, con una asignación media de 595,8 euros. El 82.6% de los proyectos tenían indicadores para su evaluación. Casi la mitad de los proyectos tenían como principal dimensión la efectividad (45.7%) y un impacto potencial medio de 3.8 (DE 0.7). El 67.4% de los coordinadores consideraron que el proyecto ya tenía resultados finales. El impacto real medio de la mejora fue de 2.5 (DE 0.8), pudiéndose comprobar objetivamente las mejoras en el 37% de los proyectos.
Lecciones aprendidas.
Los proyectos se concentran en el área de la efectivo(t)15cjn en el áluas 15(s)15

C-941

CERTIFICACIÓN DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL

PABLO JULIANI IZQUIERDO; EVA FELIP VICIANO; VICENTE MAÑES Y ARANCHA SANCHÍS.
CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN

Palabras Clave: Certificación, ISO 9000, Esterilización

RESUMEN

Contexto de partida.
Central de esterilización del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y trabajamos en el proyecto el responsable de la central de esterilización, el responsable y la secretaria del departamento de calidad y una auditora externa.
Descripción del problema/necesidades.
La Central de Esterilización es una unidad atípica en la estructura hospitalaria. La distinta dependencia orgánica y funcional de los procesos, su estrecha interacción con otros Servicios del Hospital, la complejidad de sus tareas y la diversidad de procesos e instrumental, la falta de profesionalización de todos los estamentos, la presión con la que realiza sus tareas, la estrecha relación con la actividad quirúrgica, entre otros factores, transforman a la Central de Esterilización en una Unidad tensionada e insatisfactoria. El trabajo por procesos nos permite controlar todas las variables de la actividad cotidiana.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El departamento de calidad y el coordinador de la central de esterilización junto con la auditoría externa propusiomos a la dirección del centro un cronograma de reuniones quincenales que nos llevarían a optar a la certificación de la central en el plazo de unos diez meses, habiendo comenzado en el mes de Octubre de 2008.La información a la dirección se tranmite periodicamente y la difusión a lso clientes de la central se hace paulatinamente en la propia central y se dispone de encuestas de satisfacción de clientes, en este cado al ser un servicio central, abarca tosdos los servicios del hospital.
Resultados obtenidos.
el establecimiento de indicadores y los objetivos deseables facilitan la información soble la gestión de la central. Las encuestas de satisfacción y la información directa de los clientes y trabajadores de la central sobre la gestión de la central han sido fuente de información sobre oportinidades de mejora.
Lecciones aprendidas.
De la evaluación ralizada hemos obtenido oprotunidades de mejora en diversas áreas como son la gestión de no conformidades, control de material no esterilizable y control dela trazabilidad de las etiquetas. Los clientes, al tener información sobre el punto del proceso de esterilización del que forman parte, aceptan de mejor grado los cambios o las exigencias que el propietario del poceso dispone.

C-942

HOSPITALIZACIONES POR PROCESOS SENSIBLES A CUIDADOS AMBULATORIOS EN EL ÁREA DE SALUD DE CÓRDOBA: ANÁLISIS POR DISTRITO.

MIÑARRO DEL MORAL, R.M.; OLAYA CARO, I.; NARBONA RODRÍGUEZ, F.J.; PÉREZ DÍAZ, M.M.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M. Y ARANDA LARA, J.M..
UNIDAD DE CALIDAD. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Procesos sensibles a cuidados ambulatorios

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado por un grupo de trabajo internivel del Área de Salud de Córdoba configurado por profesionales del ámbito de la Calidad Asistencial y de Sistemas de Información.
Descripción del problema/necesidades.
Las HPSCA constituyen un conjunto de indicadores relativamente reciente que es utilizado como indicador indirecto del funcionamiento de AP. El objetivo de este trabajo es conocer la magnitud de las HPSCA en nuestra área y las posibles variaciones entre las Unidades de Gestión Clínica (UGC) pertenecientes a los Distritos Córdoba y Guadalquivir.
Desarrollo y soluciones aportadas.
A partir de los ficheros del CMBD-A de nuestro hospital correspondientes al periodo 2007-2008 se han obtenido las HPSCA según los criterios de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, EEUU). Mediante cruces con las bases de datos de Usuarios (BDU) de ambos Distritos se obtiene la UGC de adscripción de los usuarios. Se realiza el ajuste de las tasas de HPSCA por el método indirecto y análisis gráfico de las variaciones entre UGC.
Resultados obtenidos.
Se presentan los datos para HPSCA por Neumonía Bacteriana, EPOC, Diabetes y Asma dado el escaso número de casos en el resto de motivos de HPSCA. Se detecta variabilidad entre las UGC aunque no en todos los casos se alcance la significación estadística.
Lecciones aprendidas.
Las Hospitalizaciones por Procesos Sensibles a Cuidados Ambulatorios son un conjunto de indicadores de fácil obtención desde las bases de datos administrativas existentes que alertan sobre posibles variaciones en el funcionamiento de las UGC de Atención Primaria.

C-943

SOLUCIONES METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS

SOTILLOS GONZÁLEZ, B. Y REYES ALCÁZAR V..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Competencia Profesional, Investigación sobre Servicios de Salud

RESUMEN

Contexto de partida.

Esta experiencia ha sido desarrollada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), tratándose de un análisis del impacto del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales, promovido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Descripción del problema/necesidades.

Hasta ahora, el desarrollo de programas de acreditación sanitaria en todo el mundo es mayor que las iniciativas para medir sus efectos sobre la calidad asistencial, con escasa evidencia al respecto. Para dar respuesta a este problema, esta evaluación de impacto se ha centrado en Atención Primaria. La comunicación desarrolla dos aspectos metodológicos de dicha evaluación: I) Sujetos de estudio ("quién"), con cuestiones como: ¿qué perfiles profesionales de AP incluir?; ¿qué relación tienen los sujetos con el proceso de acreditación?; ¿cuál es el patrón de agrupación de datos? II) Objeto de análisis ("qué"), definido en función de las posibilidades ofrecidas por las fuentes de información disponibles.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La resolución de las cuestiones metodológicas planteadas consistió en:

I) Los sujetos de estudio fueron, exclusivamente, los Médicos de Familia de AP, por ser el colectivo con un mayor número de acreditados, mientras que el resto de perfiles contemplados (pediatras, enfermeras, matronas, fisioterapeutas) presentaban cifras bastante menores. El periodo de acreditación analizado fue enero 06-febrero 09, y el patrón de análisis se fijó en el nivel más desagregado (el propio profesional).

II) El objeto de análisis vino definido por los datos de la aplicación Diábaco, dentro del sistema Diraya del SSPA, basado en la historia digital de salud. Esta aplicación ofrece indicadores mensuales por profesional. El análisis se centró en los Procesos Asistenciales Integrados de mayor importancia: Asma, Cefaleas, Cáncer de cérvix/útero, Cáncer de mama, Demencias, Diabetes, Embarazo, EPOC, HBP/Cáncer de próstata, Insuficiencia cardiaca, Cuidados paliativos, Atención al paciente pluripatológico.

Resultados obtenidos.

Los datos utilizados proceden de una fuente de información con suficiente calidad. La generación automática de datos presentó 2 ventajas: a) no se produjo modificación de la respuesta esperable por parte de los sujetos de estudio analizados; b) el sistema generó tanto indicadores finales como variables que servían para construir indicadores específicos ad hoc.

Lecciones aprendidas.

La realización de evaluaciones de impacto, especialmente cuando los programas analizados alcanzan a un gran número de profesionales sanitarios, presenta diversas dificultades metodológicas que exigen un abordaje flexible.

C-944

INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO: EL CASO DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA

REYES ALCÁZAR V. Y SOTILLOS GONZÁLEZ B. .
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Gestión del Conocimiento, Calidad Sanitaria, Aprendizaje

RESUMEN

Contexto de partida.

Las organizaciones son el contexto donde el conocimiento puede ser transformado en valor. Así, las iniciativas desarrolladas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Programas de Acreditación y Observatorio para la Seguridad del Paciente) constituyen una oportunidad para avanzar en todo lo referente a la creación, distribución, organización y gestión del conocimiento.

Descripción del problema/necesidades.

El análisis interno de la organización permitió detectar algunos elementos de mejora relacionados con la Gestión del Conocimiento: - Percepción y puesta en valor del conocimiento como activo intangible
dentro de la organización.
- Impulso de una cultura orientada a compartir conocimiento en la organización.
- Aprovechamiento de las diferentes iniciativas desarrolladas por otros, en la propia organización o en organizaciones afines.
- Intensificación de la contribución del desarrollo tecnológico al conocimiento organizacional.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde 2008 se ha reforzado explícitamente la Gestión del Conocimiento dentro de la Agencia, estableciéndose un Área con esa denominación dentro del organigrama. Los principales pasos dados han sido: 1) Generación de una definición consensuada, útil para la organización, sobre Gestión del Conocimiento: "conjunto de actividades y procesos de la Agencia, destinados a que el conocimiento tácito, explícito, individual, interno y externo involucrado en la organización pueda convertirse de manera sistemática en conocimiento organizacional, accesible y compartido, facilitando de este modo la consecución de los objetivos de la propia organización". 2) Asignación de objetivos específicos y desarrollo de actuaciones coordinadas con el resto de la organización. 3) Permeabilidad hacia el conocimiento generado por iniciativas de calidad sanitaria en otros entornos. 4) Identificación explícita de la investigación sobre calidad sanitaria como fuente necesaria de evidencia, acompañada de producción científica y publicación de resultados. 5) Selección y priorización de temas clasificables como gestión del conocimiento.

Resultados obtenidos.

La implantación de una estructura específica dedicada a Gestión del Conocimiento refuerza la visibilidad de la Agencia de Calidad en el plano científico, ayuda a difundir sus resultados y proporciona pautas para una mayor homogeneización de las diversas actuaciones llevadas a cabo en la organización.

Lecciones aprendidas.

Las organizaciones acreditadoras pueden ser consideradas como "intensivas" en la generación del conocimiento, y se precisa una estrategia y una forma programada de tratamiento de toda esa información.

C-945

APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO DE UN NUEVO HOSPITAL.

PALMERO HERNÁNDEZ, N ; SEGARRA CAÑAMARES, ML Y PINEDA GINÉS, C .
Hospital Infanta Sofía

Palabras Clave: EFQM, Quirófano, Autoevaluación , Mejora Continua

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto del bloque quirúrgico de un hospital de nueva creación .El modelo organizativo de nuestro hospital sigue un esquema funcional basado en unidades de responsabilidad. Uno de los objetivos institucionales es evaluar la calidad de su sistema de gestión, por lo que en el desarrollo del presente proyecto han estado implicados los responsables de la Dirección de Enfermería, Calidad y Formación continuada y la unidad asistencial a evaluar.

Descripción del problema/necesidades.

Del 25 de Febrero de 2008 a 31 de Mayo de 2009 se han realizado 8297 intervenciones, 4.534 en Cirugía Mayor Ambulatoria, 1.847 cirugía con ingreso y 1926 urgentes. El objetivo había sido la dotación y puesta en marcha de la unidad.
Consideramos prioritario implementar la estrategia del Hospital en nuestras Unidades, y se planteaba la necesidad de perfilar el enfoque de nuestra actividad hacia dichas estrategias. Para ello se ha decidido utilizar el Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total EFQM, como herramienta para la autoevaluación del bloque quirúrgico como punto de partida. El Objetivo Básico es “la Mejora Continua”. Se trata de poner en marcha un sistema de reflexión en equipo sobre las actividades y resultados de la unidad, enfrentándonos a un modelo de excelencia para elaborar posteriormente planes para la mejora continua

Desarrollo y soluciones aportadas.

EFQM define la autoevaluación como un examen global, sistemático y regular de las propias actividades y resultados de una organización comparados con un Modelo de excelencia empresarial. Para realizar la autoevaluación se utilizó el cuestionario EFQM adaptado a Enfermería, con 78 preguntas en los criterios agentes y los criterios de resultado, con una puntación de 0 a 100 en cada uno de los ítems, y con el peso de cada criterio según el modelo originario EFQM.

Resultados obtenidos.

En la autoevaluación se obtienen 131 puntos y se identifican 15 iniciativas de mejora que se traducen en 5 planes de acción. Una vez finalizada la autoevaluación se procede a la priorización de las áreas de mejora, al despliegue de planes de acción para intervenir en las áreas escogidas y a la elaboración de un cuadro de mandos para el seguimiento de los mismos.

Lecciones aprendidas.

La aplicación redundará en la mejora de la calidad asistencial prestada al usuario, con una orientación de Calidad desde el inicio de la planificación de las acciones de mejora. Así mismo nos ha proporcionado una metodología para la implementación de la estrategia del Hospital, con un enfoque de gestión de procesos, de profesionales y de la calidad percibida por los pacientes.

C-946

PLAN DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL DE LOS PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

SACRISTAN COLMENAREJO, S. ; CALVO CRESPO, E ; RUIZ GÓMEZ, M; HERIAS CORRAL, G; TRILLO CIVANTOS, C Y GONZÁLEZ CONTRERAS, M.
Fundación Jiménez Díaz

Palabras Clave: Riesgo Social, Estancia Hospitalaria, Lean Management

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto realizado en la Fundación Jiménez Díaz, Unidad de Hospitalización de Traumatología. Grupo de mejora formado por profesionales de enfermería, médicos, trabajadores sociales, representantes de la dirección y de la unidad de calidad.

Descripción del problema/necesidades.

La estancia de los pacientes de Traumatología con necesidad de recursos extrahospitalarios sociales al alta está prolongada por motivos ajenos al proceso asistencial Se ha tratado de dar soluciones para disminuir la estancia en el hospital que no añaden valor al proceso asistencial. Metodología aplicada “Lean Management”.
Definición de un proceso: - LIGERO, identificando los puntos esenciales del proceso - RAPIDO, eliminando las acciones que no aportan valor al proceso, inicio rápido de detección de riesgo social , comunicación en tiempo real - EXACTO, criterios unificados entre los profesionales implicados - VISIBLE, apoyando con imágenes la sistemática adoptada - REPETITIVO, sistema establecido repetible en otros Servicios y en otros Hospitales de nuestro entorno - CONSISTENTE

Desarrollo y soluciones aportadas.

1. Análisis de situación: soluciones aportadas Estudio del circuito de detección de riesgo social, por personal de enfermería referido a pacientes ingresados en la Fundación por el Servicio de Traumatología.
2. Soluciones aportadas - Establecimiento de dos reuniones multidisciplinares para seguimiento de pacientes con riesgo social.- Unificación de criterios detección de riesgo social entre enfermería y trabajadores sociales.- Modificación del sistema de valoración de riesgo social informático.- Revisión del procedimiento y difusión a todo el equipo multidisciplinar.- Simplificación del registro informático de la actividad llevada a cabo.
- Seguimiento del indicador de estancia media en pacientes con riesgo social.- Disminuir la burocracia para la tramitación de recursos externos.
3. Evaluación medidas adoptadas.

Resultados obtenidos.

Resultados iniciales obtenidos: - Estancia media - Grado de implantación de la captación de pacientes con riesgo social en consulta.- El 83% de los pacientes con riesgo social han sido detectados en hospitalización.
- Grado de confirmación de riesgo social por tabajadores sociales - Tiempo de la tramitación del recurso externo social (5,2 días).- Tiempo de adjudicación de recurso externo (17,1 días).

Lecciones aprendidas.

- La difusión continua de los procedimientos.- Necesaria la implicación de los todos los profesionales para optimizar el proceso - Valor añadido del trabajo en equipo con los diferentes profesionales.
- Procedimientos escritos utilizando imágenes mejoran su mayor difusión.

C-947

ORIENTACIÓN AL CIUDADANO EN EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS DEL SSPA

MUÑOZ GARCÍA, M; BREA RIVERO, MªP; ALMUEDO PAZ, A; CARRASCOSA SALMORAL, MªP; GALIOT TORRES, A Y CEBALLOS POZO, M.
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras Clave: Ciudadano, Acreditación, Competencias

RESUMEN

Contexto de partida.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía orienta sus actuaciones y políticas de calidad hacia el Ciudadano, a quien sitúa como eje de las mismas.

El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, se enmarca en el contexto del Modelo de Gestión por Competencias del SSPA. Este Programa ofrece a los profesionales sanitarios 63 Manuales de Competencias, estructurados en bloques comunes a todas las disciplinas. Uno de estos bloques es el denominado Orientación al Ciudadano, en el que se tienen en cuenta su satisfacción, participación y derechos.

Este bloque, recoge dos Competencias: 1. Orientación al Ciudadano: respeto por sus derechos 2. Oferta de servicios y conocimiento organizativo. Dentro de estas competencias, tienen especial relevancia las Buenas Prácticas relacionadas con el uso de los derechos de segunda generación del SSPA: libre elección de médico y centro, voluntades vitales anticipadas, segunda opinión médica, garantía de plazos de respuesta, etc.

Descripción del problema/necesidades.

Necesidades: Según las políticas estratégicas actuales, el usuario es el centro del SSPA y la orientación a sus necesidades y expectativas debe ser la piedra angular sobre la que giren las actuaciones de los profesionales sanitarios.

Objetivo: Conocer el nivel de desarrollo de las competencias vinculadas al bloque Orientación al Ciudadano, de los profesionales sanitarios acreditados mediante el Programa de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realiza un análisis descriptivo del cumplimiento de bloque soluciones aportadas Orientación al Ciudadano, de un total de 867 profesionales sanitarios de 54 disciplinas diferentes, que han finalizado su Proceso de Acreditación con el Programa de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Resultados obtenidos.

Los profesionales acreditados han aportado un total de 5776 manifestaciones de estas Buenas Prácticas.

El grado de cumplimiento de estos profesionales acreditados resultó ser: Cumplimiento global del criterio Orientación al Ciudadano: 80.25%.

Competencia “Orientación al Ciudadano: respeto por sus derechos”: 76.88%. Competencia “Oferta de servicios y conocimiento organizativo”:81.07%.

Lecciones aprendidas.

- Los profesionales acreditados demuestran una notable Orientación al Ciudadano en su práctica asistencial.
- El Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales del SSPA, permite a los profesionales detectar elementos de mejora en sus competencias, favoreciendo con ello la elaboración de sus Planes de Desarrollo Profesional.

C-948

¿CÓMO VA SU RECLAMACIÓN?

FORTES ÁLVAREZ, JL; ROMERO FERNÁNDEZ, MM; GARCÍA MEDINA, MM; BARREDA PÉREZ-PRAT, MJ; MORCILLO PLAZA, JA Y CABA PEÑA, JJ.
Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real

Palabras Clave: Reclamaciones, Satisfacción, Encuesta, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

En la Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario de la Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real. Los autores desde sus responsabilidades fueron los implicados pricipales en este proyecto.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretendía explorar el grado de satisfacción de los usuarios reclamantes en la Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real sobre la respuesta dadas a sus reclamaciones efectuadas tanto por escrito como las realizadas por Internet.

Se realizó mediante encuesta telefónica recogiendo una serie de variables identificativas de filiación y otras variables atendiendo a la satisfacción en cuanto al tiempo de respuesta, contenido de respuesta y solución del problema.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En enero de 2009 se comenzaron a realizar las encuestas telefónicas, soluciones aportadas seleccionando a cinco reclamantes diarios, mediante muestreo sistemático - uno de cada cinco- por orden del archivo de reclamaciones del año 2008. La selección la realizó el Responsable de Reclamaciones de la OCAUS y la encuesta telefónica fue realizada por la Secretaria de Calidad de la OCAUS, con la respuesta dada y la reclamación original a la vista.

La duración del proyecto es desde enero hasta el 15 de junio de 2009.

Es un estudio descriptivo transversal de prevalencia.

Resultados obtenidos.

Se estableció una escala de Likert que se refería al usuario, que abarcaba desde 0: nada satisfecho a 4: muy satisfecho. Las quejas y reclamaciones se codificaron según los criterios del SESCAM, siendo 24 los motivos registrados.

Destacar como datos más significativos; que son las mujeres las más reclamantes (59.18%), el nivel de estudios del usuario tipo que reclama es bachiller o FP (43,75%) y de profesión trabajador por cuenta ajena (33,33%). La localidad más demandante es la capital, Ciudad Real, el Centro de Salud más reclamado es Malagón (16,33%).

Los usuarios estan satisfechos con el tiempo de respuesta (55,10%), pero no es para estar orgullosos si nos referimos al contenido de la respuesta, nada satisfechos (37,50%) y aún peor con la solución del problema (54,17%) contestan nada resuelto.

Lecciones aprendidas.

la respuesta de las reclamaciones no debería ser un mero tramite burocrático.

Los usuarios no esperan mucho de las reclamaciones, mas con la respuesta de la solución de su problema.

Debemos dar una respuesta más personalizada, no estandarizada.

Nos queda en el aire dos preguntas a formular: Ante las mismas circunstancias ¿volvería a reclamar en los mismos terminos? y si tiene esperanza que se le solucione el problema en un futuro próximo. No queremos ser pesimistas.

C-949

¿QUÉ TEMAS TRATAN LAS INVESTIGACIONES SOBRE ACREDITACIÓN EN SALUD?: REVISIÓN INTERNACIONAL

SOTILLOS GONZÁLEZ B. Y REYES ALCÁZAR V. .
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Investigación, Evaluación de Impacto, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

La acreditación es un sistema internacionalmente reconocido para evaluar la calidad asistencial, adoptado en multitud de países. Por su parte, la investigación sobre acreditación en salud, como disciplina, tiene un desarrollo reciente, con aportaciones procedentes de enfoques y contextos muy diferentes. En 2008 aparecieron dos recopilaciones de especial valor, procedentes de sendas instituciones de referencia: una revisión sistemática sobre investigación en acreditación (Centre for Clinical Governance Research, Australia) [Documento 1] y un informe de revisión de la literatura sobre el valor y el impacto de la acreditación sanitaria (Accreditation Canada) [Documento 2]. En ellas, se revisa la principal producción científica referida a impacto, efectividad o valor de la acreditación.

Descripción del problema/necesidades.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como organización que desarrolla procesos de acreditación, considera los Documentos 1 y 2 como una oportunidad para la reflexión y el aprendizaje en colaboración con otros, manifestando un especial interés hacia las temáticas abordadas en las investigaciones incluidas en ambas revisiones, asunto que se trata en esta comunicación. La amplitud del objeto de estudio (acreditación sanitaria) requiere sistematizar los hallazgos encontrados, de tal manera que sirvan como orientación para futuras investigaciones por parte de instituciones y centros especializados, como la propia Agencia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

I) Comparativa de investigaciones entre Documento 1 (75 referencias bibliográficas) y Documento 2 (34 referencias). Como resultado, se obtuvieron 11 referencias coincidentes entre ambas Fuentes, que constituyen el ámbito de análisis de esta comunicación. II) Análisis preliminar y exclusión de 2 de esas 11 referencias, por tratarse respectivamente de monografías o editoriales de revistas científicas, de tal manera que la muestra final está constituida por 9 investigaciones. III) Análisis de contenido de la muestra y desarrollo de categorías temáticas.

Resultados obtenidos.

Entre los temas analizados destacan: 1) efectos de la acreditación sobre resultados de salud (supervivencia, mortalidad) en pacientes de diversas especialidades; 2) evaluación de las herramientas de medición (validez, fiabilidad, consistencia); 3) efectos de la acreditación sobre aspectos organizativos. Asimismo es notable el predominio de investigaciones referidas a Atención Especializada.

Lecciones aprendidas.

La investigación en acreditación es un campo emergente, y la producción científica existente sirve como aprendizaje para el planteamiento de futuros trabajos.

C-950

DESARROLLO DE COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA ACREDITADOS EN EL SSPA

JULIÁN CARRIÓN, J.; ALMUEDO PAZ, A.; BREA RIVERO, P.; GALIOT TORRES, A.; MARTÍN GARCÍA, S. y ROJAS DE MORA FIGUEROA, A..
Agencia de Calidad Sanitaria

Palabras Clave: Acreditación Profesional, Atención Primaria, Atención Hospitalaria

RESUMEN

Contexto de partida.

La Agencia de Calidad Sanitaria ha diseñado el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA),elaborando 63 Manuales de Competencias que recogen las Competencias,Buenas Prácticas y Evidencias relacionadas con un buen desempeño profesional.De estos manuales,52 son específicos para la Atención Hospitalaria (AH) y 6 específicos para la Atención Primaria (AP).

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo de este estudio es analizar el nivel de desarrollo de las Competencias Profesionales que han demostrado los profesionales acreditados de AP y AH.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Análisis descriptivo de los resultados del Programa de Acreditación de soluciones aportadas Competencias Profesionales para el SSPA.

Resultados obtenidos.

De los 867 profesionales acreditados, 566(65.3%) desarrollan su labor en AH y 301(34.7%) lo hacen en AP, siendo Enfermería de Atención Hospitalaria el manual de AH con mayor nº de acreditados (9% sobre el total de acreditados y 14% sobre el total de acreditados en AH) y Enfermería de Atención Primaria el de mayor nº de acreditados en AP (15% sobre el total y 46% sobre el total de acreditados en AP). El grado de desarrollo global de las competencias por parte de los profesionales acreditados es del 69.6%,siendo del 66.8% en AH y del 75.0% en AP. Las Competencias que presentan mayor nivel de desarrollo en AH han sido “Continuidad asistencial” (80.8%) y “Orientación al ciudadano, respeto por los derechos de los pacientes” (79.3%) y en AP “Continuidad asistencial” (93.6%) y “Orientación al ciudadano, respeto por los derechos de los pacientes” (84.4%). Por otro lado, “Capacidad docente”(36.7%) y “Aplicación de técnicas básicas de investigación”(43.4%) son las competencias que manifiestan mayor posibilidad de crecimiento en AH y AP,respectivamente.

Lecciones aprendidas.

Las Evidencias aportadas por los profesionales de AH y AP,procedentes de su práctica real y diaria,ponen de manifiesto el Nivel de Competencia que tenían previamente o que han alcanzado durante su Proceso de Acreditación.

Se objetiva un elevado grado de desarrollo de las competencias de los profesionales acreditados,especialmente en el ámbito de la AP;así como la orientación al ciudadano de su labor asistencial y la identificación con las estrategias de continuidad asistencial de la organización.

El Programa de Acreditación de Competencias brinda a los profesionales la oportunidad de identificar áreas de mejora destinadas a establecer sus planes de desarrollo individual y,al SSPA,información útil para el diseño de las políticas orientadas al Desarrollo Profesional Continuo de sus profesionales

C-951

FORMACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO ANDALUZ DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y UNIDADES SANITARIAS EN OTROS PAISES.

CARRASCO PERALTA, JA.; NÚÑEZ GARCÍA,D. Y CASTELLANO ZURERA, MM..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Cooperación Internacional, Planificación De Formación

RESUMEN

Contexto de partida.
Se han iniciado pautas de colaboración entre la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y la Direcção-Geral da Saúde de Portugal (DGS) para la posible implantación en ese país del Modelo de Acreditación de Calidad Sanitaria de Andalucía(Modelo). En este sentido se determina como prioridad establecer un periodo de formación para los profesionales que iniciarán la implantación en Portugal.
Descripción del problema/necesidades.
A la hora de planificar las necesidades de formación para la implantación, encontramos un doble problema: por un lado, la falta de experiencias conocidas en otros modelos de acreditación a nivel internacional a la hora de diseñar una estrategia de implantación de su modelo y no sólo de su utilización para evaluar determinados Centros, y por otro lado que además se contemplen en esa formación tanto las expectativas del receptor de la formación como los requisitos necesarios determinados por el Área de Centros y Unidades Sanitarias (Área) de ACSA.
Desarrollo y soluciones aportadas.
•Revisión de experiencias en formación internacional de otros sistemas de acreditación •Detección de necesidades por parte del Área según el Plan de Formación Interno, análisis de tareas y competencias, y expectativas de la DGS.
•Plan de Formación estructurado en tres fases: -Formación inicial: conceptos de base del Modelo y la metodología deevaluación del Área mediante presentación de contenidos, sesiones de profesionales de referencia en diversas materias y trabajos prácticos.
-Apoyo metodológico en la implantación: a través de consultorías online y reuniones de trabajo.
-Primeras visitas de evaluación: cuatro centros de atención primaria y un servicio de farmacia hospitalaria para pilotar el modelo con equipos mixtos.
Resultados obtenidos.
-Se ha concluido la Formación Inicial, cumpliéndose la totalidad del programa diseñado.
-Participación en tres Visitas de Evaluación como Evaluadores en Formación.
-Satisfacción de los receptores de la Formación: el programa de Formación Inicial se ha puntuado con una media de satisfacción de 4,25 sobre 5.
Lecciones aprendidas.
Se han establecido las bases metodológicas para afrontar futuras colaboraciones con otros países interesados en el Modelo Andaluz de Acreditación.
Se ha desarrollado materiales formativos nuevos que facilitan la difusión del conocimiento para evaluadores de diferentes países
Se debe seguir trabajando en la distribución de tiempos de la formación para que aumente la eficiencia y efectividad de la misma.

C-952

IMPACTO DE LA ACREDITACIÓN EN EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES DE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

CASTELLANO ZURERA, MM.; NÚÑEZ GARCÍA, D. Y CARRASCO PERALTA, JA..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Caducidades, Medicamentos, Seguridad, Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha desarrollado un Programa para la Acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) como herramienta para que los profesionales sanitarios adecuen su práctica diaria, teniendo como referencia unos estándares de calidad con el objeto último de mejorar la asistencia sanitaria.
Descripción del problema/necesidades.
Se ha detectado un problema en relación al control de caducidades y conservación de medicamentos y productos sanitarios en 34 (28,81%) de las 118 UGC evaluadas, existiendo un amplio margen de mejora en la seguridad (caducidades) y eficacia (conservación) de los medicamentos que reciben los pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Una vez realizada la visita de evaluación se emite un informe a las UGC para que solventen las incidencias encontradas. Se ha realizado un análisis retrospectivo de las acciones implantadas por los profesionales de estas unidades. Las incidencias más frecuentes encontradas han sido: ausencia de procedimientos sobre caducidades y conservación, ausencia de registros de temperatura y la no asignación de responsabilidades.
Resultados obtenidos.
Las principales acciones implantadas en las 34 UGC son: 1. Para evitar medicamentos/productos sanitarios caducados: Elaboración/revisión de procedimiento (69,5%), registro de revisiones (46,3%), asignación de responsabilidades (18%), pactos de consumo (17%), fechar envases multidosis abiertos (14%).
2. Para evitar errores en la conservación: Registro diario temperatura (56,3%), termómetros (48%), procedimiento ante desvío de temperatura (24%), procedimiento de esterilización productos sanitarios (7,5%), identificación de medicamentos termolábiles/ fotosensibles (6,5%).
3. Carro de parada: Registro de revisiones (27,5%), listado y stock de medicamentos/material (14%).
4. Identificación correcta de medicamentos: Reenvasado/reetiquetado (17,5%), medicamentos look-alike (7%), medicamento por cajetín (4%).
5. Control y custodia adecuada de estupefacientes (31,5%) En evaluaciones sucesivas a las UGC se constató que estas soluciones resolvían los problemas encontrados, identificándose nuevos problemas relacionados con la difusión de las mejoras implantadas entre los profesionales.
Lecciones aprendidas.
La Acreditación ha permitido la implantación de acciones que garantizan medicamentos seguros y eficaces para los pacientes, estando fundamentalmente relacionadas con la elaboración de procedimientos y registros. La Agencia de Calidad Sanitaria se ha planteado profundizar en las mejoras implantadas por las UGC durante los seguimientos realizados así como realizar recomendaciones al Sistema Sanitario.

C-953

NUEVOS PROCESOS IMPLANTADOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

CALVIN LAMAS, M; FEAL CORTIZAS, B Y MARTÍN HERRANZ, MI.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Palabras Clave: Certificacion, Nuevos Procesos

RESUMEN

Contexto de partida.

Servicio de Farmacia (SF) de un complejo hospitalario universitario de 1450 camas certificado según la norma ISO 9001:2000 desde marzo de 2005.

Descripción del problema/necesidades.

Se ha planteado realizar un análisis de los nuevos procesos implantados y documentados según el PNT establecido.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio observacional, descriptivo, transversal, con revisión retrospectiva de datos desde 2003 a 2009. Fuente de datos: archivo nuevos procesos.

Resultados obtenidos.

19 nuevos procesos implantados: informatización del registro de peticiones, automatización/informatización de la gestión de estupefacientes, implantación de un armario semiautomático vertical para preparación de unidosis, impresión informatizada de etiquetas identificativas de pacientes para los carros de unidosis, implantación de lectores ópticos en la gestión de sueroterapia, automatización de la dispensación en Digestivo, automatización de la elaboración de cápsulas, dispensación de morfina a Atención Primaria, nueva técnica para realizar el test del aliento, cambio de ubicación de la unidad de citotóxicos, monitorización farmacocinética de everolimus y sirolimus, atención farmacéutica a 4 centros sociosanitarios adscritos nuevos, dispensación de hormona de crecimiento, 3 nuevos programas de atención farmacéutica (tratamiento anticoagulante oral, cirugía de cataratas y antipsicóticos depot), dispensación en unidosis a pacientes en urgencias y homologación sanitaria de recetas.Áreas implicadas: 10/19 gestión logística distribución y dispensación, 4/19 atención farmacéutica, 3/19 farmacocinética, 1/19 farmacotecnia y 1/19 citotóxicos. 10/19 supusieron mejoras informáticas y nuevas tecnologías. 10/19 modificaron la cartera de servicios del SF.

En 12/19 se impartió formación específica: 9/12 personal externo y resto personal interno. 12/19 procesos implicaron la adquisición de recursos materiales y 1/19 requirió incremento de personal. 18/19 conllevaron reorganizar los recursos humanos disponibles. Documentación desarrollada: 16/19 actualización/elaboración PNTs e instrucciones de trabajo.

Lecciones aprendidas.

La mayoría de los nuevos procesos corresponden a la implantación de tecnologías para optimizar resultados de procesos ya existentes, siendo dispensación el área más implicada. La evaluación, en el comité de calidad del SF, de las necesidades detectadas y los puntos débiles identificados, permite desarrollar nuevos procesos de forma planificada y documentada, y ayuda a identificar necesidades formativas.

C-954

BUZÓN DE SUGERENCIAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

FERNÁNDEZ GABRIEL, E; FEAL CORTIZAS, B; CALVIN LAMAS, M; RABUÑAL ÁLVAREZ, MT Y MARTÍN HERRANZ, I..
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Palabras Clave: Calidad, Impreso, Sugerencias, Pacientes,Consulta, Farmacia

RESUMEN

Contexto de partida.

En un servicio de farmacia (SF) hospitalario certificado por la Norma ISO 9001:2000, la satisfacción del cliente constituye una estrategia de mejora continua.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo es analizar las reclamaciones y sugerencias de pacientes externos recibidas en un buzón de sugerencias ubicado en la sala de espera de la consulta de atención farmacéutica y describir las acciones de mejora implantadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se revisó el 100% de impresos depositados en el buzón desde la implantación de un impreso de sugerencias normalizado (período: febrero-mayo 2009). Apartados: fecha, consulta de procedencia, tipo de comentario (queja, sugerencia, agradecimiento) y descripción. Opcionalmente, el paciente puede indicar sus datos (nombre, dirección, e-mail) con el fin de recibir contestación del SF. Clasificación y análisis de la información recogida y propuesta de acciones de mejora.

Resultados obtenidos.

Total: 84 impresos. 51/84 indican la fecha. 20/84 indican consulta de procedencia (5/20:hematología, 4/20:medicina interna, 3/20:neurología, 3/20:traumatología, 2/20:endocrinología, 2/20:trasplantes y 1/20:reumatología). El nombre del paciente aparece reflejado en 22/84, 14/22 aportan dirección de correo postal y 6/22 e-mail. Tipo de comentario: 41/84 quejas, 36/84 sugerencias y 7/84 agradecimientos. Temas objeto de queja: horario de dispensación (16/41), tiempo de espera (9/41), organización del turno de atención (5/41), dotación de personal (3/41), errores de dispensación (2/41), temas variados (5/41). Sugerencias: 13/36 horario de dispensación, 8/36 organización del turno de atención, 4/36 dotación de personal, 3/36 sala de espera, 8/36 otras sugerencias aisladas. Agradecimientos: 7/7 dirigidos al trato y dedicación de los farmacéuticos. Acciones de mejora implementadas: ampliación del horario de consulta a un día más por la tarde en dos centros del complejo hospitalario. Actualmente se está valorando establecer un horario continuado durante la mañana.

Lecciones aprendidas.

El buzón de sugerencias y el diseño de un impreso estandarizado a disposición de los pacientes, es una herramienta más para conocer las opiniones acerca del servicio prestado y el establecimiento de estrategias de mejora. La mayoría de los comentarios son quejas sobre el horario de atención, tiempo de espera y organización.

C-955

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA VISITA DE ACOGIDA AL INMIGRANTE DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

MUIÑO, I.; MASSAGUÉS, M.; GENS, M.; HERNÁNDEZ, N.; ANGLÈS, T. Y PALACIOS, L..
CAP Salou

Palabras Clave: Atención primaria, inmigrante, visita acogida, cumplimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
En un Centro de Atención Primaria (CAP) urbano acreditado en calidad.Profesionales sanitarios y no sanitarios y población inmigrante.
Descripción del problema/necesidades.
La población atendida en el CAP ha aumentado debido al elevado numero de extranjeros(42%población censada extranjera)y más de 90 países diferentes.Por la dificultad que comportaba ofrecerles la atención adecuada(problemas idiomáticos, culturales o falta de información en la historia clínica),en mayo 2006 iniciamos la visita de acogida (VA).El objetivo era facilitar el acceso a los servicios sanitarios,informar del funcionamiento y organización del centro,apertura de la historia clínica y detectar factores de riesgo y actividades preventivas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para poder realizar la VA es necesario la participación interdisciplinar de los profesionales:administrativos que realizan el primer contacto (recogida datos y tramitación tarjeta sanitaria). Enfermera realiza la VA:información sobre funcionamiento del CAP,derechos y deberes.Datos clínicos (10 ítems:antecedentes,datos culturales, aficiones y actividades, vivienda,alimentación,eliminación,ejercicio físico,descanso,autonomía,riesgos), programa de actividades preventivas y promoción para la salud(PAPPs), problemas detectados, seguimiento enfermería, problemas derivados al médico.Auditoria de historias clínicas mediante la evaluación de las variables. Presentación de los resultados en sesión clínica.
Resultados obtenidos.
Análisis descriptivo observacional. Nºvisitas: 1938 el año 2008 (77'5% de todas las altas del CAP). Muestra de 200 pacientes seleccionados aleatoriamente. Datos clínicos:cumplimiento 73%,PAAPS: el 70% todos los parámetros 30% faltaba algún ítem (65'7% consumo alcohol –igual entre sexos, 12'3%TA, 9'5%tabáquismo,6'8% peso y talla,5'4% inespecificado). Problemas detectados:138. Problemas crónicos(85'6%), barrera idiomática (9'4%), Problemas agudos (5%),otros(8'6%). En 27 pacientes(13'5%) más de un problema de salud. Seguimiento enfermería:Vacunación(42%),control TA(27%),Obesidad(17'3%), Glicemia alterada(5'7%),Tabaco(5'7%),Soporte social(2%). Problemas derivados al médico 31'5%:50%problemas crónicos, seguimiento31'5%,administrativos 12'5% y 6% agudos.
Lecciones aprendidas.
Los objetivos planteados se han alcanzado, con un elevado cumplimiento del registro protocolizado.Se observa un valor añadido relacionado con la detección de problemas de salud y su resolución por parte de enfermería, lo que refuerza la necesidad de potenciar su papel como puerta de entrada al sistema sanitario.Aprendimos que para obtener buenos resultados es imprescindible trabajar en equipo.

C-956

BÚSQUEDA DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

LERMA GAUDE, V.; ALDAZ FRANCÉS, R.; RAMOS ASENSIO, ML.; IGLESIAS LLOPART, RM.; VALLADOLID WALSH, A. Y ORTIZ NAVARRO, MR..
COMPLEJO HOSP. UNIV. ALBACETE Y HOSP GEN. VILLARROBLEDO

Palabras Clave: Dispensación medicamentos, Calidad asistencial, Proceso farmacoterapéutico

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en Servicio Farmacia (SF) de un nuevo hospital general que dispone de 3 sistemas de distribución de medicamentos (SDM) principales: Dosis Unitarias (DU), Botiquín y Sistemas automatizados (Pyxis®). Profesionales implicados en la distribución son principalmente enfermería y farmacéuticos.
Descripción del problema/necesidades.
Necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes son continuas; sin embargo, el SF sólo está abierto lunes-viernes de 8h-18h, por lo que no existe atención farmacéutica continua. Cuando SF está cerrado opciones para disponer de medicación: carros DU, botiquín, Pyxis y supervisor de guardia que la retirará del SF. Se pretende analizar las dispensaciones realizadas por supervisor e identificar oportunidades de mejora en SDM.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio observacional descriptivo analítico de las dispensaciones realizadas durante 6 meses por supervisor fuera de horario del SF. Variables estudiadas: fecha, hora, medicamento, unidades, paciente, unidad clínica (UC) y supervisor; durante un mes más y prospectivamente, además, las causas. Análisis estadístico con SPSS®. Profesionales implicados en el estudio fueron farmacéuticas y enfermeras.
Resultados obtenidos.
Se realizaron un total de 597 dispensaciones fuera de horario que correspondieron a 276 medicamentos diferentes. Se produjeron 296 visitas al SF mayoritariamente en sábado (31%) y domingo/festivo (34%); 13% de 18-20h, 34% 20-24h, 6% 24-8h y 47% 8-18h. UC que más dispensaciones generaron: Med. Interna (44%), Críticos (17%) y Cirugía/Trauma (15%). Principales causas primarias: ingresos (51%), roturas y/o pérdidas (15%) y cambios tratamiento (10%); errores en DU sólo 2%. Mejoras planteadas: inclusión de algún medicamento en botiquín, más formación para evitar pérdidas y errores distribución y, lo más efectivo para disminuir dispensaciones por supervisor, ampliación horaria del SF especialmente fines de semana.
Lecciones aprendidas.
Debido a la alta variabilidad de los medicamentos dispensados y frecuencias muy bajas no se identifica entre las medidas de mejora la ampliación de botiquines o Pyxis, salvo alguna excepción. La minimización de errores en distribución que, sin duda, es objetivo de todo SF, tampoco disminuiría significativamente las dispensaciones por supervisor. Por ello, se plantea considerar la ampliación horaria del SF como un elemento clave para la continuidad del proceso farmacoterapéutico.

C-957

ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA CON MAYOR GRADO DE INCUMPLIMIENTO

PALOP DEL RÍO, A.; HERCE MUÑOZ, A. Y NÚÑEZ GARCÍA, D..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Estándares, Unidad De Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía define en el Manual de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC), 35 estándares obligatorios cuyo cumplimiento es necesario para obtener la certificación. En la fase de evaluación externa del Proceso de Acreditación, se emite un informe que refleja el cumplimiento de los estándares del Manual e incluye áreas de mejora.

Descripción del problema/necesidades.
En cerca del 50% de las UGC de Atención Primaria (AP) y Hospitalaria (AH) evaluadas desde 2003, se ha identificado algún estándar obligatorio sin cumplir en el informe, comprometiéndose por tanto la certificación. Se pretende identificar las áreas temáticas que han presentado mayores dificultades en su cumplimiento distinguiendo entre AP y AH, con el objetivo de establecer recomendaciones al Sistema Sanitario.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis retrospectivo de los 35 proyectos de AP y 24 de AH con estándares obligatorios que no han cumplido en el informe. Se identifican las áreas temáticas con los que están relacionados y se analiza la frecuencia con que estos se repiten en los distintos proyectos, diferenciados por ámbito.

Resultados obtenidos.
De los 35 estándares, 21 (60%) no cumplen en alguna ocasión en AP y 13 (37,14%) en AH. Los estándares de menor cumplimiento son los relacionados con: Control de caducidad, 45,71% AP y 79,16% AH, Registro y análisis de acontecimientos adversos, 45,71% AP y 45,83% AH, Prevención de acontecimientos adversos, 14,28% AP y 29,16% AH, Consentimiento Informado, 42,85% AP y 20,83% AH, Resultados asistenciales, 25,71% AP y 25% AH, Resultados económicos, 20% AP y 0 en AH, Confidencialidad y custodia, 22,85% AP y 4,16% AH, Confort, 5,71% AP y 16,66% AH.

Lecciones aprendidas. Los problemas en AP están relacionados con 21 estándares obligatorios frente a los 13 en los que se centra AH. El control de los productos sanitarios utilizados es el área que presenta mayor dificultad, principalmente en AH. También se han encontrado dificultades en la prevención y análisis de acontecimientos adversos y en la utilización de los documentos de Consentimiento Informado, siendo en este último caso peor el cumplimiento en AP. En ambos ámbitos se han planteado dificultades en los resultados asistenciales. También destacan los resultados económicos y los problemas de confidencialidad y custodia de la información clínica en AP y el confort en AH. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se ha planteado analizar las principales causas que hacen que estos estándares no se cumplan y la difusión de recomendaciones al Sistema Sanitario relacionadas con estas áreas temáticas.

C-958

ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS CON MAYOR GRADO DE INCUMPLIMIENTO

PALOP DEL RÍO, A.; ROMÁN FUENTES, M.; CASTELLANO ZURERA, M.M. Y NÚÑEZ GARCÍA, D..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Centros Hospitalarios, estándares

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Manual de Acreditación de Centros de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía existen 92 estándares de carácter obligatorio, cuyo cumplimiento es necesario para la obtención de la certificación. En la fase de evaluación externa del Proceso de Acreditación de Centros Hospitalarios (CH), se emite un informe de evaluación en el que se refleja el nivel de cumplimiento de los estándares del Manual y se incluyen áreas de mejora.

Descripción del problema/necesidades.
En más del 80% de los CH desde el año 2003, se ha identificado algún estándar obligatorio sin cumplir en el informe de evaluación, comprometiéndose por tanto la certificación. Se pretende identificar las áreas temáticas que han presentado mayores dificultades en su cumplimiento con el objetivo de establecer recomendaciones al Sistema Sanitario.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un análisis retrospectivo de los 14 proyectos con estándares obligatorios que no han cumplido en el informe, identificando las áreas temáticas con los que están relacionados y analizando la frecuencia con que estos se repiten en los distintos proyectos.

Resultados obtenidos.
De los 92 estándares de carácter obligatorio, 36 (39,13%) han quedado sin cumplir en alguna ocasión. En un 64,28% de los CH, no se cumplía el estándar relativo al mantenimiento de los equipos electromédicos (08C.07), el 57,14% no cumplía el estándar sobre la calibración de los instrumentos de medida en el mantenimiento (08C.10), un 50% no cumplía el estándar sobre la comunicación de incidentes asociados al equipamiento (08C.06), y otro 50% el estándar relacionado con el registro y análisis de acontecimientos adversos (10C.07). Otros estándares que quedaron sin cumplir con mayor frecuencia (28,57% de los Centros) fueron los relacionados con: oferta de cartera de servicios (05A. 07), supervisión del inventario del equipamiento (08C. 03), ley orgánica de protección de datos (09E. 01), acciones para evitar los acontecimientos adversos (10C. 06) y el procedimiento de control de caducidades (10C. 09).

Lecciones aprendidas.
Los problemas detectados en los CH evaluados se centran en 36 estándares obligatorios. Los que plantean una mayor dificultad en su cumplimiento están en su mayoría relacionados con la gestión del equipamiento. También se han encontrado dificultades en la gestión medioambiental y en la prevención y análisis de acontecimientos adversos. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se ha planteado analizar las principales causas que hacen que estos estándares no se cumplan y la difusión de recomendaciones al Sistema Sanitario relacionadas con estas áreas temáticas.

C-960

ANÁLISIS DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN “TALLER A PIE DE CAMA” REALIZADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

PÉREZ GARCÍA, MC; CARRILLO ALCARAZ, A; LEAL LLOPIS, J; LÓPEZ LÓPEZ, E; BERMEJO LÓPEZ, I Y SANCHES NIETO, JM..
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Formación Continuada, Cursos

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido realizado por la Unidad de Docencia, Investigación y Calidad (UDICA) de un hospital universitario y las unidades de estudio han sido los cursos organizados por la UDICA.

Descripción del problema/necesidades.
Los cursos de formación continuada que se realizan en los hospitales suelen realizarse fuera de horario laboral y en aulas docentes preparadas para tal fin. En aras de mejorar la asistencia y la motivación de los alumnos hemos iniciado la realización de cursos de formación en horario de mañana y en los servicios donde se atienden a los pacientes, “talleres a pie de cama” (TPC). El objetivo de este trabajo es el análisis de estos cursos y compararlos con los cursos “tradicionales”.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se analizan el número de inscripciones, alumnos asistentes así como los resultados de las encuestas de satisfacción/opinión tanto de los profesores como de los alumnos de los cursos organizados por la UDICA desde enero de 2008 a abril del 2009. Los TPC son cursos que constan entre 20 y 25 ediciones de 1 hora de duración impartidas por un profesor y realizado en horario laboral en las diferentes unidades asistenciales del hospital, contabilizando como alumnos a todo el personal que estuvieran trabajando en ese momento y quieran realizarlo. Los resultados se expresan como medias ± desviación estándar y porcentajes. La comparación entre variable se ha realizado mediante prueba Ji2 de Pearson y T de Student.

Resultados obtenidos.
Se han evaluado 37 cursos, 6 de los cuales son TAC y el resto cursos tradicionales. El numero de inscripciones en cursos tradicionales y TPC ha sido de 29.1±14.5 y 166.7±56.1 (p=0.002) y numero de alumnos: 15.7±6.8 y 155.6±48.7 (p<0.001). En los TPC predomina el genero femenino (87.1% frente a 77%; p<0.001) y menor edad en los alumnos (37.1±8.8 y 38.1 ±9.7; p=0.037). Las encuestas de satisfacción del curso de los alumnos, sobre un total de 100 puntos, muestran una media de 85.7±13.4 y 87.4±10.5 (p=0.006), la del conocimiento del profesor 94.1±10.4 y 95.4±8.7 (p=0.023), la de exposición del profesor: 92.1±11.7 y 92.6±11.3 (p=0.485) y la puntuación global del profesor 92.9±11.1 y 93.9±9.3 (0.083) respectivamente. Finalmente, la puntuación de los profesores al curso 89.5 ±9.3 y 89.1±8.2 (p=0.797).

Lecciones aprendidas.
Dentro de los cursos de formación continuada los cursos realizados en los propios servicios clínicos van a suponer una mayor participación con menor numero de faltas a cursos que los que se realizan de forma tradicional.

C-961

ANÁLISIS DEL COSTE ECONÓMICO DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

BERMEJO LÓPEZ, I; CARRILLO ALCARAZ, A; LÓPEZ LÓPEZ, E; SÁNCHEZ NIETO, JM; LEAL LLOPIS, J Y PÉREZ GARCÍA, MC.
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Formación Continuada. Cursos. Coste Económico

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido realizado por la Unidad de Docencia, Investigación y Calidad (UDICA) de un hospital universitario y las unidades de estudio han sido los cursos organizados por la UDICA

Descripción del problema/necesidades.
La Unidad de Docencia de los hospitales de nuestro entorno tiene como misión la planificación de la formación que se va a administrar a los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en ellos. El coste de estas actividades formativas están cubiertas por presupuestos de diferentes administraciones publicas que conlleva una gratuidad para el personal que trabaja en los hospitales pero cuya importancia económica obliga a un análisis de su indicación.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En este trabajo se ha analizado el coste económico de los cursos organizados y gestionados por la UDICA durante los ultimos 5 años (del 2004 a 2008). Se ha actualizado el coste económico aplicando el índice de precios de consumo (IPC) a diciembre 2008. Se ha utilizado el programa informático SPSS versión 15.0 para el manejo de datos y cálculos estadísticos.

Resultados obtenidos.
Durante el periodo de estudio se han realizado 151 cursos, con una media de 30 ± 5 cursos por año (mediana: 32 y rango: 25 a 35), con un gasto total de 185.748 euros. Sobre el presupuesto inicial , el porcentaje de gasto final ha sido del 83% (debido a suspensión de cursos), habiéndose detectado una disminución del porcentaje de dinero gastado con los años (81%, 93%, 99%, 78% y 66% en los 5 años estudiados), sin embargo el numero de participantes y de horas lectivas se han incrementado durante el ultimo año (418 participantes y 334 horas lectivas en 2004; 624 y 484 en 2005; 667 y 522 en 2006; 492 y 470 en 2007 y 1105 y 615 en 2008). Los cursos realizados han sido impartidos por 566 profesores, el 14.3% de ellos externos al hospital. El gasto debido al profesorado supone el 83±4% del total (rango entre 78 y 88%) y el 45% ha sido para profesores externos. El porcentaje de gasto debido a profesorado externo ha ido disminuyendo en los ultimos años (57%, 50%, 52%, 45% y 22% desde 2004 a 2008; p=0.285).

Lecciones aprendidas.
El coste de la formación continuada de nuestro hospital es elevado, con frecuentes anulaciones de cursos que conlleva una perdida económica importante El gasto debido a profesorado, y sobre todo externos al centro, supone la parte mas importante del presupuesto. La disponibilidad de profesorado propio cualificado aumentaría la oferta al reducir costes y hacerlos mas eficientes.

C-962

IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EN LAS AUSENCIAS NO JUSTIFICADAS A CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA

LÓPEZ LÓPEZ, E; CARRILLO ALCARAZ, A; BERMEJO LÓPEZ, I; SÁNCHEZ NIETO, JM; LEAL LLOPIS, J Y PÉREZ GARCÍA, MC.
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Formación Continuada, Cursos, Ausencias No Justificadas

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo ha sido realizado por la Unidad de Docencia, Investigación y Calidad (UDICA) de un hospital universitario y las unidades de estudio han sido los cursos organizados por la UDICA.

Descripción del problema/necesidades.

La inscripción del personal a los diferentes cursos es libre y gratuita. Sin embargo, es frecuente la no asistencia a los cursos una vez inscritos y admitidos, lo que conlleva un perjuicio al perderse un número de plazas que podrían haber beneficiado a otros profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras cuantificar el numero de ausencias a los cursos organizados por nuestra unidad, diseñamos un ciclo de mejora que consistió: a) análisis del problema: identificación de factores que influían en la inasistencia a cursos; comparación de los estos factores en una muestra de sanitarios; difusión de los resultados y concienciación del personal; y b)actuación desde la UDICA con puesta en marcha de protocolo por el cual en los 15 días previos a la realización del curso, contactábamos con los alumnos vía correo interno o email para confirmar la asistencia al curso, y una semAna después contacto telefónico para una nueva confirmación. Se definió ausencia no justificada los casos de los profesionales que, a pesar de haber cumplimentado la solicitud de una actividad formativa y estar admitido, no comunicaron antes del inicio la renuncia a participar en ella o la asistencia de menos del 50% de las horas lectivas.

Comparamos los resultados obtenidos en los años 2006 (preintervención) y 2007-2008 (post-intervención). Los datos se expresan como media de porcentajes ± desviación estándar y la comparación mediante T de Student o Mann Whitney.

Resultados obtenidos.

Durante los 3 años de estudio se han analizado 92 cursos, 32 (34.8%) preintervención y 60 (65.2%) post-intervención. En el primer periodo se inscribieron un total de 966 personas y 2377 en el segundo. El porcentaje de alumnos confirmados sobre el total de inscritos fue del 80.7±21.2% y 81.9±17.7%, respectivamente (p=0.766). El porcentaje de alumnos con al menos una asistencia y menor del 50% del total de horas lectivas en los 2 periodos fue de 7.9±8.3% y 3.4±4.6% (p=0.007), de las faltas totales (ninguna hora de asistencia) de 14.1±11.4% y 6.9±5.8% (p=0.002) y de ausencias 22.1±13.6% y 10.4±7.5% (p<0.001).

Lecciones aprendidas.

La disminución de las ausencia no justificadas a los cursos de formación continuada en los hospitales pueden disminuirse fácilmente con medidas sencillas sin un gran consumo de tiempo.

C-963

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL EN LA ENFERMERIA DE 2 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

RABADAN ANTA, MT; CARRILLO ALCARAZ, A ; ALMAIDA FERNÁNDEZ, MB; MARTÍNEZ HUESCAR, M ; LIEBANAS BELLON, R y NAVARRO LOZANO, R .
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Motivación, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se ha realizado entre el personal de enfermería de 2 unidades de cuidados intensivos (UCI) de 2 hospitales universitarios de la misma ciudad.

Descripción del problema/necesidades.

La motivación es el impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer necesidades. La motivación consta de 3 planos, intrínseco, extrínseco y trascendente. De forma similar, la organización satisface cada uno de estos planos mediante una compensación. De la interrelación entre ambas se produce el compromiso con la organización. El objetivo de este trabajo es analizar y comparar los diferentes componentes de la estructura motivacional en la enfermería de 2 UCIs.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Población a estudio: Todo el personal de enfermería en activo de 2 UCIs (UCI-1 y UCI-2). Instrumento: Encuesta validada con datos sociodemográficos, (edad, sexo, estado civil y número hijo), datos laborales (servicio, años trabajados en hospital, tipo contrato, turno, antigüedad, cambio de servicio) y estructura motivacional: 58 ítems que miden los diferentes planos de la motivación, compensación y compromiso mediante una escala LICKERT de 5 puntos. Los datos se expresan como medias ± desviación estándar y porcentajes, y la comparación mediante Ji2 de Pearson y T de Student.

Resultados obtenidos.

Se analizan 64 encuestas, 43 en UCI-1 (respuesta 100%) y 21 en UCI2 (respuesta 91%). En UCI-1 existe un predominio de mujeres (80.5% versus 47.6%, p=0.008), son ligeramente mas jóvenes (33±7 y 37±6; p=0.067) y con menos años trabajados en UCI (3.3±3.4 y 6.1±5.2; p=0.032). Aunque en UCI-1 los valores medios de los diferentes componentes motivacionales eran ligeramente inferiores que en UCI-2, ninguno alcanzó significación estadística: motivación extrínseca (3.7±0.8 y 3.6±0.8; p=0.629), motivación intrínseca (4.2±0.6 y 4.4±0.5; p=0.137) y motivación trascendente (4.3±0.6 y 4.5±0.5; p=0.170), compensación percibida extrínseca (3.1±0.8 y 3.5±0.7; p=0.085), intrínseca (3.2±0.9 y 3.5±0.7; p=0.206) y trascendente (2.5±0.9 y 2.9±0.8; p=0.112), compromiso extrínseco (3.6±0.8 y 3.6±0.7; p=0.732), intrínseco (3.9±0.7 y 4.1±0.7; p=0.830) y trascendente (2.7±0.8 y 3.1±0.9; p=0.100).

Lecciones aprendidas.

De los componentes motivacionales, la enfermería percibe peor los que exploran la compensación percibida por su trabajo y el compromiso que lo liga a la organización, sobre todo el componente trascendente. Pese a diferencias en algunas características la estructura motivacional no difiere en los dos colectivos.

C-964

FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA MOTIVACIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ALMAIDA FERNÁNDEZ, MB ; RABADAN ANTA, MT ; CARRILLO ALCARAZ, A; SÁNCHEZ NIETO, JM ; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, L Y NAVARRO LOZANO, R .
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Motivación, Enfermería, Unidad Cuidados Intensivos.

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se ha realizado en el personal de enfermería de 2 unidades de cuidados intensivos (UCI) de 2 hospitales universitarios.

Descripción del problema/necesidades.

La motivación es el impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades. La motivación consta de 3 planos, intrínseco, extrínseco y trascendente. De forma similar, la organización satisface cada uno de los planos de la motivación mediante una compensación. De la interrelación entre ambas se produce un compromiso del trabajador con la organización. El objetivo de este trabajo es analizar y comparar los diferentes componentes de la estructura motivacional en la enfermería de 2 UCIs.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Población a estudio: Todo el personal de enfermería en activo de 2 UCIs (UCI-1 y UCI-2). Instrumento: Encuesta validada con datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil y número hijo), datos laborales (servicio, años trabajados en hospital, tipo contrato, turno, antigüedad, cambio de servicio), y estructura motivacional: 58 ítems que miden los diferentes planos de la motivación, compensación y compromiso mediante una escala LICKERT de 5 puntos. Los datos se expresan como medias ± desviación estándar y porcentajes. Las comparaciones mediante Ji2 de Pearson y T de Student.

Resultados obtenidos.

Se analizan 64 encuestas (respuesta 95%). La relación entre los diferentes factores sociolaborales y los componentes de la motivación demuestran: existe una tendencia a relacionarse genero con compensación percibida trascendente (hombre 2.9 0.7 y mujer 2.5 0.9; p=0.087). Ni la edad, ni los años trabajados como enfermera, ni en el hospital ni en UCI se relaciona con ningún componente de la estructura motivacional. Tampoco el tipo de contrato (plantilla, interinidad o eventual), ni la adscripción voluntaria o no al servicio ni la voluntad de cambiar de servicio próximamente. Los enfermeros con turno fijo presentan una tendencia a menor compromiso intrínseco que los que tiene turno rotatorio (3.6±0.8 y 4.1±0.6; p=0.051). El convivir con pareja se relaciona con menor motivación extrínseca (3.4±0.8 y 3.9±0.7; p=0.018) y menor compromiso extrínseco (3.3±0.8 y 3.9±0.6; p=0.004). El tener hijo se relaciona con un mayor compromiso trascendente (3.2±0.9 y 2.7±0.8; p=0.050).

Lecciones aprendidas.

.-Diferentes factores pueden influir en la estructura motivacional del personal de enfermería de UCI, así como en la compensación percibida y el compromiso con la organización.

C-965

DEDICACIÓN Y VÍNCULOS LABORALES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ALMAIDA FERNÁNDEZ, MB ; CARRILLO ALCARAZ, A; RABADAN ANTA, MT ; SÁNCHEZ NIETO, JM ; MARTÍNEZ HUESCAR, M Y HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, L.
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Motivación, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se ha realizado en el personal de enfermería de 2 unidades de cuidados intensivos (UCI) de 2 hospitales universitarios.

Descripción del problema/necesidades.

La dedicación puede definirse como aquellos comportamientos beneficiosos para la organización que no son exigibles contractualmente. La dedicación esta íntimamente relacionada con la motivación y con la vinculación del profesional a una serie de valores.

Desarrollo y soluciones aportadas.

.- Población a estudio: Personal de enfermería en activo de 2 UCIs. Instrumento: Encuesta validada con datos sociodemográficos, laborales, y dedicación: 5 ítems con respuesta mediante escala Lickert de 5 puntos. Además se indagaba sobre 4 vínculos laborales con una escala de 0 a 10: VINCULO A: Lo que me pagan (vinculación en relación con la remuneración salarial); VINCULO B: Lo atractivo del trabajo (vinculación en relación con el trabaja que realizo); VINCULO0 Tc (-)Tj 0.0 scn/TT0 1 Tf que

C-966

MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST) EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

RAIGAL JURADO, S; NICOLÁS GALVEZ, J ; GARCÍA CARAVACA, J C; GARCÍA RODRÍGUEZ, J C; GONZÁLEZ SOLER, M A Y ALCARAZ MARTÍNEZ, J.
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: Síndrome Coronario, Urgencias, Ciclo de Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
En enero de 2008 se creó un grupo de trabajo integrado por médicos adjuntos del servicio de urgencias de nuestro hospital con el fin de evaluar la actuación ante el paciente con SCASEST.

Descripción del problema/necesidades.
En la nueva clasificación de la patología coronaria, el SCASEST es una nueva entidad, que requiere un manejo cuidadoso por las repercusiones que puede tener y sobre el que han aparecido últimamente nuevas recomendaciones y guías de actuación. El objetivo de este trabajo es analizar la asistencia prestada, considerando diagnostico y tratamiento, del paciente con SCASEST en urgencias. Basándose en estas recomendaciones se elaboraron 4 criterios diagnósticos y 5 terapéuticos con sus correspondientes excepciones y aclaraciones. Se realizó un muestreo entre los pacientes ingresados entre octubre y diciembre de 2007 con GRD al alta 411.1 y 410.71 y que su ingreso hubiera sido desde urgencias. Tras comentar los resultados en sesión de urgencias se volvieron a evaluar tres meses un año después.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras la evaluación inicial de cumplimientos de criterios, se difundieron los resultados en sesión clínica, modificándose el protocolo de dolor torácico de nuestro servicio. Las tres fases fueron evaluación inicial, intervención y reevaluación.

Resultados obtenidos.
Se ha apreciado un discreto aumento de los cumplimientos de criterios, que sólo es estadísticamente significativo en el uso de betabloqueantes que pasó del 35,1±10.9% al 53,7±15,3% en la reevaluación ($p<0,05$). Aún quedan cumplimientos por debajo del 90% en este criterio y en realización de ECG antes de 10 minutos (53,7±15,3%) y uso de nitritos intravenosos (63,4±14,7%).

Lecciones aprendidas.
De estos resultados ha surgido la idea de crear una hoja de registro en urgencias, donde se recuerde el tratamiento recomendado y la difusión del nuevo protocolo, ampliando estas acciones a los residentes de últimos años.

C-967

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS: MÉTODO DE ANÁLISIS DE IMPORTANCIA-VALORACIÓN

LATORRE GUISASOLA, M.; SAN SEBASTIÁN DOMINGUEZ, JA.; BILBAO UNIBASO, I Y LLAMAS HERMOSILLA, AMª.
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Satisfacción, Rendimiento, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de asistencia sanitaria pública especializada a una comarca de 370.000 personas, así como al resto de la Comunidad Autónoma Vasca y otras Comunidades autónomas en los servicios de referencia. El trabajo de campo se realizó en una semana concreta del mes de marzo de los años 2006 a 2009 a los pacientes dados de alta en el Servicio de Psiquiatría.

Descripción del problema/necesidades.
Las conclusiones de los resultados de las encuestas de satisfacción y su valor de cara a la mejora de la atención van a depender del método necesidades utilizado para realizar el análisis de los resultados. El análisis de Importancia-Valoración (AIV) es una herramienta de priorización en la que se analizan conjuntamente la importancia que los pacientes conceden a los atributos que componen el servicio y la valoración que hacen de los mismos una vez experimentados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Población:Pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría Diseño:Cuestionario para entrevista telefónica Criterios de exclusión:Menores de 18 años y Fallecidos Muestra analizada:El tamaño de la muestra se estimó con un margen de error de ±7% sobre una proporción teórica de satisfacción del 85% y para un nivel de confianza del 95% Cuestionario:El cuestionario se compone de dos partes:datos demográficos de interés epidemiológico y preguntas con respuesta cerrada, en la que el entrevistado escoge una sola respuesta Trabajo de campo:La encuestación se realiza bienalmente en marzo

Resultados obtenidos.
Las áreas prioritarias de mejora son: -Organización del equipo de médicos y enfermeras que le atendió -Información que le dio el médico cuando estuvo ingresado -Capacidad de tranquilizarle y el apoyo ofrecido por el personal sanitario -Información que le dio el personal de enfermería cuando estuvo ingresado -Explicación sobre el régimen de vida a seguir en el domicilio tras el alta -Respeto a la intimidad -Tiempo dedicado por el personal médico -Explicación de los resultados de las pruebas que se realizan -Explicación de los resultados del tratamiento que se ha realizado

Lecciones aprendidas.
1. El enfoque del análisis por dimensiones (utilizado hasta este año) permite una visión panorámica de los resultados de percepción.
2. El enfoque del análisis por pregunta permite su utilización inmediata en la práctica clínica, orientando las áreas de mejora a problemas concretos fácilmente identificados por los profesionales y pacientes.
3. El AIV es una herramienta de priorización de uso sencillo por los equipos de análisis de datos.

C-968

INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 DURANTE EL PERIODO 2005-2008 EN NUESTRO MEDIO.

BAENA NIETO, MG; ROCA RODRÍGUEZ, MM; CAYÓN BLANCO, M; GARCÍA VALERO, A; CARRAL SANLAUREANO, F Y AGUILAR-DIOSDADO, M.
Hospital Universitario Puerta del Mar

Palabras Clave: Diabetes Tipo 1, Indicadores De Calidad.

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realiza un estudio observacional descriptivo de los indicadores de calidad de atención a los pacientes con DM-1 atendidos en la Unidad Clínica de Gestión (UCG) de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz entre los años 2005 y 2008.

Descripción del problema/necesidades.

La diabetes tipo 1 afecta a millones de personas en todo el mundo, con una repercusión importante sobre la morbimortalidad de los pacientes que la sufren y mantienen mal control metabólico. Es necesario establecer en todas las Unidades que atienden a estos pacientes, mecanismos de control y evaluación periódica de los indicadores de calidad asistenciales. De esta forma se etablece un plan mejora contínua de la atención a los pacientes con diabetes que permitirá evitar, retrasar o enlentecer el desarrollo de las complicaciones crónicas de esta enfermedad. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar el grado de consecución de los indicadores de calidad de la atención a pacientes con diabetes tipo 1 atendidos en nuestra Unidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En nuestra Unidad, la Historia Clínica de todos los pacientes atendidos en el área de hospitalización, consultas y centros periféricos de especialidades es recogida en una aplicación informática (HP-Doctor), en la que se incorporan datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y otras exploraciones complementarias realizadas. Se realizó una explotación de la base de datos incluida en el HP-Doctor para todos los pacientes con diabetes tipo 1 atendidos en nuestra UGC.

Resultados obtenidos.

Se analiza una amplia cohorte de pacientes con diabetes tipo 1 (548 pacientes) en seguimiento en nuestra unidad desde el año 2005 al 2008. El nivel medio de HbA1c se ha mantenido estable (7,78 % en el año 2005 y 7,79 en año 2008) incrementándose el porcentaje de pacientes con HbA1c media inferior al 7% del 24,6% hasta el 26,1% y disminuyendo desde 42,6% hasta el 41,4% el porcentaje de pacientes que mantenían HbA1c media superior al 8%. En cuanto al control de LDLc, el porcentaje de pacientes con cifras de LDLc inferiores a 100 mg/dl, ha aumentado del 25,7 % en 2005 al 44,2 % en el último año, esto se corresponde con un aumento del porcentaje de pacientes en tratamiento con estatinas, que alcanza un 25,6 % en el año 2008.

Lecciones aprendidas.

A pesar de la mejoría obtenida en los parámetros de control metabólico, la mayoría de los pacientes con DM-1 mantienen un inadecuado control glucémico y lipídico. Es necesario intensificar las medidas terapéuticas dirigidas a optimizar el grado de control glucémico y lipídico en pacientes con DM-1 cuyos valores persisten fuera de objetivos.

C-969

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

OSUNA MEDINA, MD; PARRA PEREA, J; PRIETO MARTOS, A; GALLEGO MARTON, V; JIMENEZ MARISCAL, E Y FIMIA MARTÍNEZ, R.
H. REINA SOFIA DE CORDOBA

Palabras Clave: Acreditación, Unidad De Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo consiste en dar a conocer el proceso de acreditación de la U.G.C. de C. de Tórax y Tx de Pulmón del H. Reina Sofía de Córdoba. En este proceso hemos estado implicados todos los profesionales de la Unidad, y otros profesionales externos a la Unidad

Descripción del problema/necesidades.

Como U.G.C. que pretende satisfacer las necesidades integrales y las expectativas de los ciudadanos, con unos valores de mejora continua de la calidad y con el objetivo de la excelencia, era lógico que se realizara el proceso de Acreditación de la Unidad.

El conocer los estándares del programa nos ha permitido mejorar en el desempeño de nuestro trabajo, (mejoras en la información sobre los derechos del paciente, hostelería, seguridad e intimidad del paciente y archivo de documentos)

Desarrollo y soluciones aportadas

Hemos utilizado el Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica , que consta de de 112 estándares que se dividen en tres grupos.Se realizó una visita de presentación con una autoevaluación o valoración interna de las actividades según los estándares propuestos en el Programa de Acreditación y posteriormente se realizó una visita de evaluación externa realizada por profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Resultados obtenidos.

Los resultados de la evaluación externa se midieron en el grado de cumplimiento de los estándares del Programa de Acreditación, que divididos por Grupos son los siguientes: En el Grupo I se cumplieron el 90,8 % de los estándares, incluyendo el 100 % de los estándares considerados como obligatorios .En el Grupo II se cumplieron el 58,6 %. En el Grupo III se cumplieron el 27,8%.Más específicamente, los resultados obtenidos en los estándares encargados a enfermería, se han cumplido el 100 % de los Obligatorios y el 87,5% de los no obligatorios

Lecciones aprendidas.

Con los resultados obtenidos, 100 % de los obligatorios y más del 70 % de los estándares del Grupo I, se ha conseguido la Acreditación AVANZADA de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía de Tórax y Trasplante de Pulmón. De haber obtenido el 100 % de los estándares del Grupo I y al haber cumplido más del 40 % de los del Grupo II, podíamos haber obtenido la Acreditación OPTIMA. La acreditación es un proceso de mejora continua, así nosotros ya hemos realizado un Procedimiento Operativo Estandarizado para cumplir el estándar que no habíamos cumplido.En el Proceso de Acreditación se recogen elementos de calidad destacada como modelo para otras Unidades, que en el área de enfermería:han sido Documento de Ayuda al Alta Hospitalaria y Estudios de opinión de los usuarios a través de grupos focales

C-970

EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL EN NUESTRO CENTRO

RUIZ CLEMENTE, J.; OLIVENCIA PÉREZ, M.; GÓMEZ GALÁN, MJ.; GONZÁLEZ JEUTE, A. Y MOROTE JIMÉNEZ, F..
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el servicio de ORL del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos). En el mismo se implicaron los 5 médicos especialistas que conforman dicho servicio.

Descripción del problema/necesidades.
El estudio trataba de analizar los resultados obtenidos con una técnica quirúrgica denominada cirugía endoscópica nasosinusal, para así, poder mejorar los mismos en el futuro. Se valoraron tanto la mejoría sintomática tras la aplicación de dicha técnica como la aparición de complicaciones tanto menores como mayores, y dichos datos se compararon con los obtenidos en otros centros de nuestro medio.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se evaluaron los síntomas preoperatorios que presentaban los pacientes que se iban a someter a dicha técnica quirúrgica (obstrucción nasal, rinorrea, disosmia, cefalea y epistaxis) y se observó la evolución de los mismos tras la aplicación de la misma, así como se describió la aparición de complicaciones (hemorragias postoperatorias, infecciones). En ello participaron todos los médicos especialistas integrantes del servicio de ORL. El proyecto podría dividirse en una fase preoperatoria y en una postoperatoria.

Resultados obtenidos.
En el estudio se comprobó que se mejoró la obstruccion nasal en el 87,7% de los casos, la disosmia en el 51,6%, la rinorrea en el 86,1%, la cefalea en el 94,7%, y la epífora y las epistaxis preoperatorias en el 100% de los casos. Al comparar estos resultados con los de otros centros de nuestro medio, se observó que eran muy similares, salvo en lo que concierne a la rinorrea, donde son ligeramente inferiores. En cuanto a la aparición de complicaciones, no se superó el estándar aceptado en ninguno de los casos.

Lecciones aprendidas.
Creemos que para poder mejorar cualquier técnica quirúrgica es imprescindible conocer los resultados que se están obteniendo en el momento con la aplicación de la misma. Eso incluye tanto la valoración de la mejoría sintomática como de la aparición de complicaciones tanto precoces como tardías. Esto permitirá analizar de forma exhaustiva tanto los detalles técnicos como el seguimiento postquirúrgico de los pacientes para poder mejorar ambos aspectos. Creemos muy útil la utilización de historias clínicas estandarizadas o el uso de cuestionarios de calidad de vida para valorar los cambios subjetivos que los pacientes experimentan en sus síntomas antes y después de intervenirse quirúrgicamente.

C-971

ANÁLISIS DEL MODELO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA, PROFESORES Y PROFESIONALES

VALVERDE ARANDA, MC; CRUZADO GARCÍA, MD; SÁNCHEZ RUIZ, I ; GARCÍA BENITO, MC; CRUZADO GARCÍA, MJ Y GONZÁLEZ DE LOS RIOS MONTIEL, MC.
Hospital Universitario Puerta del Mar

Palabras Clave: Enfermería, Formación Pregrado, Práctica Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
La práctica clínica permite al estudiante de enfermería completar los conocimientos, y desarrollar las habilidades y actitudes necesarias para el ejercicio de la profesión. Este proceso de aprendizaje es más productivo cuando existe una coordinación eficaz entre las personas formadoras de la academia y de la asistencia.

Descripción del problema/necesidades.
La división en sectores independientes, asistencial, docente y gestor, provoca un estado de permanente conflicto marcado por objetivos particulares. Tanto alumnos como profesores y profesionales de Enfermería, perciben un desfase entre el contenido de los programas teórico y práctico, y consideran que existen dificultades relacionadas con la coordinación, el perfil de los docentes o la organización de prácticas, que dificultan la adquisición de las competencias necesarias para el desempeño profesional. Nuestro objetivo es “Analizar los elementos que dificultan el aprendizaje práctico de los estudiantes de enfermería, desde la perspectiva de alumnos, profesores y profesionales del Hospital Universitario Puerta del Mar”.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo de carácter cualitativo y enfoque fenomenológico. La unidad de análisis se centra en la percepción de los implicados sobre el diseño, la coordinación y el desarrollo de las prácticas clínicas enfermeras. Se realizan tres grupos focales: Alumnos, profesores asociados y profesionales.

Resultados obtenidos.
Los alumnos aseguran que “pocos profesionales están dispuestos a enseñar”, que con respecto a las técnicas de enfermería, “cada uno sigue su propio criterio”, que hay pocos profesores asociados para tantos alumnos, y que debían ser “profesionales voluntarios en turno fijo de mañanas” y “estar mejor pagados”. Los profesores y venias añaden que “la dedicación debería ser a tiempo completo” y que “el grado de implicación y la capacidad docente, evaluados por alumnos y titulares”. Todos los participantes coinciden en que el periodo de prácticas es “muy corto”, que no están bien planificadas ni en concordancia con las asignaturas teóricas, y que no existe una definición ni distribución correcta de los objetivos de prácticas a lo largo de la carrera; en definitiva que los alumnos “no van salen lo suficientemente capacitados para trabajar”.

Lecciones aprendidas.
No es suficiente tener elaborado un sistema de calidad y acreditación, es necesario evaluar periódicamente e introducir las medidas correctoras oportunas. La solución debe abordarse de manera coordinada y operativa, con la intervención de todos los colectivos implicados.

C-972

ACREDITACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS DE CUIDADOS PARA HOMOGENEIZAR LA ASISTENCIA CON METODOLOGÍA ENFERMERA

LÓPEZ SÁNCHEZ, T. ; AMOEDO CABRERA, M. L.; TORO PRIETO, F. J.; PÉREZ DOCTOR, M. Y CHOZAS LÓPEZ, C..
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Palabras Clave: Acreditación, Adecuación Metodológica, Sesiones Clínicas, Satisfacción, Discentes

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Gestión Clinica Nefrourológica (UGNU) del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, con implicación del personal de enfermeria.

Descripción del problema/necesidades.
La realización de sesiones clínicas de cuidados (SCC), en las que se exponen la gestión de cuidados sobre un caso clínico concreto, invita a los participantes a realizar análisis de adecuación metodológica de las diferentes etapas del proceso enfermero y propone objetivos específicos:1.Acreditar, profundizar e intercambiar conocimientos de metodología enfermera aplicada a cuidados integrales de pacientes nefrourologicos.2.Evaluar grado de satisfacción de discentes de las SCC realizadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Nuestra unidad se constituye en área de consultas, unidad de soluciones aportadas hospitalización (43 camas/24 enfermeros), trasplante renal/diálisis peritoneal(7/9) y unidad de hemodiálisis(21 puestos/29 enfermeros).
Fases: A.Información y difusión:Tipo de sesión:1.Caso clínico.2.Revisiones bibliográficas:artículos con innovación en cuidados. B.Elaboración y convocatoria de cronograma de SCC. Anuncio mediante carteles.
C.Desarrollo de SCC con registro de acta, check-list metodológico y cuestionario de satisfacción:mala, aceptable, buena y excelente de los criterios:1.organización, 2.objetivos, 3.contenidos, 4. metodología, 5.documentación aportada, 6.docencia, 7.sugerencias. D.Acreditación

Resultados obtenidos.
15 SCC acreditadas por Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en nivel “avanzado”. En el análisis de adecuación metodológica;Valoración: todas cumplían criterios en todas sus dimensiones. Diagnóstico:fueron enunciados en formato PES, con uso de taxonomía NANDA. Planificación y Evaluación:definicion y registro de objetivos NOC e intervenciones NIC propuestas según escala liker.
Satisfacción de discentes:64 cuestionarios, 96,6% buena(B) o excelente(E):Docencia:76,2%E, Metodología:68%E, Contenidos:67,7%E, Objetivos:65%E, Organización:36%E. Sugerencia:espacio físico insuficiente, 4%.

Lecciones aprendidas.
La mejor forma de resolver y mejorar los problemas de salud, se basa en valoración integral y aplicación de plan de cuidados que atiende necesidades de forma metodológica, basado en la taxonomía NANDA/NIC/NOC.
La sistematización de planes de cuidados homogeniza la práctica enfermera y disminuye la variabilidad. Registrar la evolución en las respuestas de pacientes a los planes efectuados, contribuye a suprimir, corregir o activar nuevos diagnósticos y garantiza la continuidad de cuidados.
Las SCC constituyen espacios didácticos donde se manifiestan los conocimientos basados en evidencia científica fruto de la labor asistencial.

C-973

ADECUACION DE PROTOCOLOS A PARTIR DE LAS RECLAMACIONES EFECTUADAS POR LOS PACIENTES

VIRTUDES PEÑALVER CELDRAN; FRANCISCO SANDOVAL SABATER; JOSE HERNÁNDEZ RODENAS; SARA ACOSTA MARTÍNEZ; ROMÁN PICAZO CÓRDOBA Y Mª. TERESA MARTÍNEZ ROCAMORA .
Hospital Universitario

Palabras Clave: Reclamaciones, Adecuación Protocolos, Mejora Calidad.

RESUMEN

Contexto de partida.
En el área de Admisión Infantil

Descripción del problema/necesidades.
Estudiar las reclamaciones para adecuar protocolos en función de la calidad percibida por el paciente. necesidades

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se estudian las reclamaciones desde 2006 hasta 2007: el 20% de las quejas eran por la demora en la toma de datos del paciente en urgencias, por lo que se refuerza con más personal en las horas de más presión asistencial. El 35% versan sobre problemas de información, especialmente en el caso de extranjeros, se implanta modelo informativo traducido a ocho idiomas para la inscripción en el registro civil del neonato y la solicitud de tarjeta sanitaria individual. El 30% trata sobre los desplazamientos al hospital, posteriores al alta, a recoger documentación del recién nacido y el día del nacimiento se efectúa toda la documentación del neonato también para Programa Detección Precoz de la Sordera, Estudio Metabolopatías y Carnet de Vacunaciones. El 15% son quejas sobre la demora de citación en consultas externas y se abren agendas a primaria de las especialidades con más demanda asistencial y se aplica el Real Decreto de demoras.

Resultados obtenidos.
Reforzar las urgencias con más personal para tomar los datos cuando hay mayor presión asistencial evita demoras a los pacientes. Implantar modelos informativos traducidos a ocho idiomas reduce las dificultades en la información para inscribir en el registro a los recién nacidos y solicitarles la tarjeta sanitaria. Realizar la documentación pertinente el mismo día del nacimiento del neonato evita desplazamientos al hospital después de su alta. Las citas en consultas externas se han agilizado con la apertura de agendas a primaria en las especialidades más demandadas y con la aplicación del Real Decreto de demoras.

Lecciones aprendidas.
-Se evitan demoras en las tomas de datos de urgencias al reforzar con más personal cuando hay más presión asistencial. -La implantación de los modelos informativos en ocho idiomas supone una mejora en la información a extranjeros para inscribir en el registro a sus hijos y solicitarles asistencia sanitaria -La cumplimentación de la documentación para Detección Precoz de la Sordera, Metabolopatías y Carnet de Vacunaciones el día del nacimiento del neonato evita desplazamientos al hospital, posteriores a su alta. -Los pacientes pueden citarse antes al abrirse nuevas agendas a primaria para las especialidades de mayor demanda y la aplicación del Real Decreto de demoras. -La aplicación de todas estas medidas ha reducido ostensiblemente el número de reclamaciones, aumentando la satisfacción de los pacientes y por tanto la calidad recibida.

C-974

AUTOEVALUACIÓN DE LA HABILITACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA EN UN CENTRO MÉDICO MILITAR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

CECILIA FUENTES MARTÍNEZ ; LYONEL GÓMEZ SEREY ; ALEJANDRO GONZÁLEZ Y ANDREA MATURANA .
Comando de Salud del Ejercito,Jefatura de Gestion en S

Palabras Clave: Habilitación Profesional Técnica

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza una autoevaluación de la habilitación profesional y técnica del staff de salud en un centro de Atencion Primaria en Salud, Centro Médico Militar(CMM)Rosa O`Higgins en la Región Metropolitana,Santiago Chile, que otorga prestaciones de salud de medicina general,ginecología y obstetricia, pediatría, odontología y psicología a beneficiarios del Sistema de Salud del Ejército.
Descripción del problema/necesidades.
Necesidad:
Verificar que los antecedentes que habilitan al staff de salud para desarrollar una función clínica en el CMM se encuentran al día, para garantizar la competencia técnica y otorgar seguridad a los pacientes en la atención.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realiza un catastro del staff de profesionales y técnicos del CMM, se verifica en el Departamento de Recursos Humanos con una pauta de cotejo si esta presente al momento de la evaluación el certificado de titulo del profesional, que lo habilita para ejercer la profesión, en las especialidades, se verifica si el profesional cuenta con un certificado de la especialidad medica u odontológica reconocida por un organismo oficial del estado como Universidades registradas, la Corporación Nacional de Especialidades medicas (CONACEM)para los Médicos Cirujanos y la Corporación Nacional de Especialidades Odontológicas (CONACEO)para los odontólogos, para otros profesionales el certificado de titulo de una Universidad, para el personal técnico certificado de formación técnica otorgado por Centros de Formación Técnica reconocidos por el Ministerio de Educación.
1.-Fase: diseño del instrumento de registro de habilitación profesional y técnica por Estamento: medico; odontologo; enfermera; matrona; nutricionista; psicóloga; kinesiólogo; auxiliar de enfermería.
2. Fase: aplicación por psicóloga laboral d
Resultados obtenidos.
Resultados:
1.-El 100% de médicos y dentistas tienen certificado de titulo otorgado por una Universidad reconocida por el estado.
2. Certificado de especialidades médicas: en el 75% de los medicos el certificado fue otorgado por una Universidad estatal y el 25% tiene certificado otorgado por CONACEM
4.- Certificado de especialidades Odontólogicas: el 67% es otorgada por una Universidad estatal y un 33% por CONACEO
5.-Otros profesionales de salud: el 68% tiene certificado de titulo otorgado por una Universidad estatal y un 38% por Universidad privada.
5.-Personal Auxiliar de Enfermería: el 100% cuenta con un certificado reconocido por el Ministerio de Educación.
Lecciones aprendidas.
Verificar la competencia técnica permite dar seguridad al paciente en la atención

C-975

NO IMPORTA TANTO LA INTELIGENCIA COMO LA COMPETENCIA: PROCESO DE ACREDITACIÓN EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

JOSE MARIA JOVER CASAS; PEDRO GONZÁLEZ DE LA FLOR; RUTH CARMNOA VIGO Y MANOLO ROMERO JURADO.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Palabras Clave: Acreditación por Competencia, e-learning

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Complejo Hospitalario de Jaén. Estuvieron implicados los departamentos de los autores del estudio
Descripción del problema/necesidades.
David Mc Clelland, en 1973 y Richard Boyatzis, en 1982, ambos en Harvard, USA, y estudiando “la motivación” en el entorno laboral concluyeron de un modo parecido: no importa tanto “la inteligencia” como “ser competente”. Competencia es “aquello” que determina un desempeño excelente en un trabajo y en un contexto determinado, que puede observarse como “conducta” y que puede ser medido en una escala dada. El SSPA fue el primer servicio de salud español que aplicó este nuevo paradigma en 2004 para ponderar el EDP
Desarrollo y soluciones aportadas.
El objetivo de esta Comunicación es una descripción estadística y cualitativa del proceso iniciado en el Complejo Hospitalario de Jaén tendente a potenciar la gestión por competencias mediante la herramienta “Mejora_P”. En marzo 2009 el Complejo Hospitalario de Jaén en su acuerdo de gestión 2009 incluyo como objetivo que al menos el 15% de los profesionales del complejo iniciara el proceso de Acreditación por Competencias. Llevamos a cabo dos reuniones con los profesionales de las Unidades hospitalarias para potenciar la iniciativa de Acreditación. Contamos con la Unidad de Calidad del Centro para recabar su apoyo. Se realización 25 talleres de acreditación para médicos y enfermeras de la Unidades en el que se dieron a conocer las diferentes herramientas de la ACSA que facilitan el proceso de Acreditación. La independencia, la objetividad, la imparcialidad y la confidencialidad son garantizadas por la ACSA
Resultados obtenidos.
Numero de profesionales del Complejo que han iniciado el proceso: 189 Numero de profesionales del Complejo que han finalizado el proceso: 48 Número de profesionales Aceditados nivel avanzado: 17 Número de profesionales Acreditados nivel Experto: 23 Número de profesionales Acreditados nivel Excelente: 8 Número de Facultativos en Proceso de Acreditacion: 118 Número de Enfermeros en proceso de Acreditacion: 71
Lecciones aprendidas.
La iniciativa”acreditación de competencias” intenta retener las mejores conductas que puedan clasificarse como profesionales, capturar las mejores prácticas, y crear un entorno nítidamente profesional en el Complejo Hospitalario de Jaén. El programa me_jora P resultó flexible y autónomo. Estimuló la motivación, la creatividad, la asunción de responsabilidades, la innovación y el liderazgo profesional

C-976

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD DE LA HDA ACTIVA TRAS EL ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LAS VÍAS CLÍNICAS EN URGENCIAS

JESÚS AVILÉS AMAT; ENRIQUE ORTIZ VILLACIAN; LAURA GONZÁLEZ CONDE; JOSÉ ÁNGEL REDIN ESPINAL; FRANCISCO ARAMBURU PATAUT Y PABLO BUSCA OSTOLAZA.
Hospital Donostia

Palabras Clave: Implantación Vías Clínicas, Reducción de Mortalidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Urgencias Hospital Donostia Servicio de diegstivo; Endoscopia Digestiva.
Descripción del problema/necesidades.
Manejo adecuado de la HDA activa Reducción Mortalidad necesidades Analisis actuaciones a traves historia clínica Estudio previo y posterior a implantación de vía clinica
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio situación actual Discusión y aceptación vía clinica. Medicos urgencias, Digestologos; Endoscopistas de guardia. Reuniones periodicas (cada 4 meses). Abril 2006 a la actualidad y continúa
Resultados obtenidos.
Reducción Mortalidad global HDA activa durante el ingreso. Protocolización de las actuaciones
Lecciones aprendidas.
El analisis periodico de un proceso asistencial y su difusión mejora por si mismo la calidad de la asistencia y en algunos casos disminuye la morbimortalidad.

C-977

LA FORMACIÓN COMO MEJORA DE LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN MANDOS INTERMEDIOS

VERA RODRÍGUEZ, M.; CRUZ TORRES, R.; MARTÍN RUDILLA, F. Y ODERO SOBRADO, D..
Hospital Universitario Virgen Macarena y Área

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
Este estudio contó con la colaboración de 48 mandos intermedios de distintos departamentos del Hospital Universitario Virgen Macarena y Área
Descripción del problema/necesidades.
La creciente preocupación por la mejora continúa de los procesos asistenciales y el aumento de la productividad de los profesionales ha conllevado la necesidad de evaluar el rendimiento de los mismos. Para
tal fin se han desarrollado instrumentos como la Entrevista de Evaluación del Desempeño Profesional (EDP). Para hacer un uso efectivo de la EDP es indispensable dotar a los profesionales de los conocimientos prácticos, teóricos y actitudinales para acometer la tarea de valorar el comportamiento laboral. Una formación inadecuada sobre este instrumento y su consiguiente mal uso ocasiona un deterioro de la validez de la evaluación. Con este proyecto pretendemos esclarecer aspectos de mejora formativa de las acciones sobre la EDP, de forma que esto revierta en el perfeccionamiento los objetivos, métodos y contenidos de las mismas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para la realización de este proyecto se administró individualmente a cada uno de los 48 participantes un cuestionario de valoración de la formación recibida en EDP, diseñado a tal efecto. El cuestionario de opinión estaba compuesto por 10 preguntas, 7 con respuesta cerrada y 3 abierta.
Resultados obtenidos.
1- El 81,25% de los profesionales encuestados opinó que la formación recibida fue buena o excelente. 2-Tras la misma un 93,75% consideró estar mejor capacitado para aplicar la entrevista 3- La metodología de impartición preferida fue la presencial, seguida por el Blend e-learning 4-Las técnicas docentes mejor valoradas fueron las dinámicas grupales y el Role-Play 5-Las mayores dificultades referidas hacían referencia a vencer a las resistencias del entrevistado y reconocer las conductas a evaluar. El 81,25% opinó que dichas dificultades eran solventables con formación 6-Las mejoras propuestas hacían referencia casi en su totalidad a aumentar las actividades prácticas 7-El 31,25% opinan que la definición de los mapas de competencias resulta esencial para una evaluación más fiable
Lecciones aprendidas.
Podemos afirmar que si bien las acciones formativas sobre EDP llevadas hasta la fecha poseen un elevado índice de satisfacción y eficacia formativa, se podrían efectuar una serie de acciones para asegurar una mejora continúa de éstas, como ampliar la formación práctica, diversificar las metodologías de impartición e incidir en aquellos contenidos que permitirían hacer la evaluación más fiable y válida.

C-978

IMPLANTACIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL EN OSAKIDETZA: UNA PRIMERA EXPERIENCIA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PROFESIONAL

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M.; FERNÁNDEZ REFOYO, J. Y BEITIA FERNÁNDEZ, C..
Organización Central de Osakidetza

Palabras Clave: Evaluación, Desarrollo Profesional, Recursos Humanos, Reconocimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
Osakidetza inicia la implantación del Desarrollo Profesional con el Decreto de Facultativos en Nov.2005,siendo 2007 cuando se aprueba el de Diplomados Sanitarios y el de Otros Grupos y culminando en 2009 la Fase de Implantación.Aunque circunstancias laborales limitan la necesidad de evaluación favorable del Mando al Nivel IV (inicialmente requerida en todos los niveles), se han realizado evaluaciones,siendo los resultados conocidos por cada profesional

Descripción del problema/necesidades.
La implantación del Sistema,acorde al objetivo de Reconocimiento a la Aportación Diferencial,aborda la Evaluación de Competencias,cuya complejidad aumenta en nuestro contexto (sector público,volumen de profesionales) siendo necesario herramientas que aporten homogeneidad-objetividad,factibles de ser aplicadas y en el plazo previsto.Mediante Grupos se elaboran Escalas de Conductas para cada Competencia,adaptadas a especificidades de cada Colectivo.Una aplicación informática soporta todo el proceso;solicitud,baremación de C.V.,evaluación y tratamiento de resultados

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se aborda la difusión del Sistema a los profesionales con canales diversos y un plan de formación de evaluadores y de Comités de Evaluación.Los profesionales cursan solicitud en las 7 Convocatorias realizadas presentando sus méritos de CV. Se efectúa baremación de méritos de C.V. y los Mandos (Jefaturas/Supervisión) evalúan las competencias posicionando a cada profesional en los grados definidos.Comités en cada Organización validan los resultados.Los niveles, previo informe de un Comité Corporativo son aprobados por la Dirección General

Resultados obtenidos.
900 evaluadores y 30 Comités de Evaluación nos permiten disponer de un perfil competencial (que incluye valoración de Desempeño, Dominio Profesional y Compromiso) y curricular (Formación, Docencia e Investigación) de 13.725 profesionales (25.000 a fin de año) cuyos resultados analizamos por colectivos,nivel asistencial,organización,etc. El 35% de facultativos alcanzaron el Nivel IV solicitado y prevemos lo hagan un 50% de diplomados

Lecciones aprendidas.
Dado el primer paso, estos resultados son punto de partida para las futuras actuaciones en dos vías:aplicación de la Gestión y Mejora de Procesos al Desarrollo Profesional (herramientas de evaluación competencial y desempeño,formación de evaluadores,implantación de evaluación anual y entrevistas de evaluación,indicadores,medición de satisfacción,etc.) y de integración con otros Sistemas de RRHH fundamentalmente:Formación;necesidades de formación/desarrollo competencial y Selección;definición y adecuación de perfiles,promoción,movilidad

C-980

LA MITAD DE LOS MÉDICOS SE CONSIDERAN MAL PREPARADOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

CARRERAS, P; MOLINER, J; RABANAQUE, MJ; ABAD,, JM; BARRASA, JI Y GARCÍA MONTERO, JI.
HOSPITAL DE BARBASTRO

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
Encuesta sobre opiniones y comportamientos de la profesión médica, dirigida a todos los médicos del Sistema de Salud de Aragón, cumplimentada a través de una página web. Periodo de estudio: junio-noviembre de 2008
Descripción del problema/necesidades.
Determinar qué proporción de médicos se considera preparado para realizar actividades de evaluación e investigación, como evaluar el desempeño de otros colegas o analizar de forma crítica los nuevos avances científicos y analizar las características del médico que se asocian con esta opinión
Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis de la relación entre el grado de preparación del médico para realizar actividades de evaluación o investigación y ciertas variables del médico y, de sus actividades y comportamientos profesionales. Test de ji cuadrado y un modelo de regresión logística considerando como variable dependiente estar muy de acuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación y como variables independientes especialidad, sexo, edad, ámbito de trabajo, tutor, formación vía MIR, uso de tecnologías y posición profesional.
Resultados obtenidos.
Se recogieron 659 encuestas (tasa de respuesta: 13%). El 59% de los médicos se consideran mal preparados para realizar actividades de evaluación del desempeño clínico de otros colegas; el 45% se consideran poco o mal preparados para participar en proyectos de investigación o evaluar de forma crítica nuevos conocimientos o avances científicos. Por el contrario, un 66% sí se considera preparado para contribuir en proyectos de mejora de la calidad asistencial. Se sienten mejor preparados los que trabajan en hospitales, los que han sido tutores de residentes o han obtenido el título vía MIR. En la mayoría de las actividades las mujeres se consideran peor preparadas que los hombres. En cuanto a la edad, los más mayores se consideran más preparados para evaluar el desempeño y contribuir en proyectos mejora. Se encuentran diferencias significativas entre el grado de preparación y comunicarse con otros médicos vía email o leer revistas profesionales on-line, pero no con la realización de cursos o actividades de formación por esta vía. En el análisis de regresión logística, se encuentran relaciones con la variable sexo, ámbito de trabajo, uso de nuevas tecnologías y formación via MIR
Lecciones aprendidas.
Un elevado porcentaje de médicos se considera poco preparado para las actividades de evaluación e investigación. Las variables relacionadas, médicos de atención primaria, mujeres, escaso uso de nuevas tecnologías, señalan grupos en los que centrar la evaluación y la investigación

C-981

EVALUACIÓN EXTERNA: CONCLUSIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN TRAS LA CONSECUCIÓN DE LA Q DE PLATA (400 PUNTOS EFQM)

LATORRE GUISASOLA, M.; ÁLVAREZ YEREGI, M.; BALLESTERO ZÁRRAGA, J.; UNZAGA BASAURI, IV Y BARRENA SARACHAGA, MªT.
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Excelencia, Gestión, Reconocimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de asistencia sanitaria pública especializada a una comarca de 370.000 personas, así como al resto de la Comunidad Autónoma Vasca y otras Comunidades autónomas en los servicios de referencia.
Descripción del problema/necesidades.
Para alcanzar el éxito, las organizaciones necesitan establecer un sistema de gestión apropiado. El Modelo EFQM de Excelencia es un instrumento que permite realizar una evaluación y medir en qué lugar se encuentra la organización en el camino hacia la excelencia, identificando posibles carencias y a implantar soluciones. El Hospital remitió una memoria a Euskalit –Fundación Vasca para la Excelencia- con el objetivo de solicitar un informe de evaluación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proceso de evaluación consta de las siguientes fases: soluciones aportadas 1. Evaluación personal de la memoria por parte de cada miembro del equipo evaluador 2. Reuniones de consenso del equipo evaluador en las que se planifican los aspectos a tratar durante la visita a la organización solicitante 3. Visita a la organización solicitante durante dos días, en los cuales los evaluadores contrastarán con el equipo directivo y otras personas de la organización aquellos aspectos que consideren oportunos, en entrevistas, visitas a las instalaciones, documentación, etc.
4. Reunión de consenso definitivo y elaboración del informe de evaluación
Resultados obtenidos.
PUNTOS FUERTES -Equipo directivo comprometido con el desarrollo y aplicación del Modelo -Alineamiento de la estructura de gestión con los objetivos estratégicos -Sistema de información y comunicación a través del seguimiento del Cuadro de Mando ÁREAS DE MEJORA -El grado de maduración y despliegue de los procesos presenta desarrollos desiguales y con amplio potencial de mejora -Hay potencial para el desarrollo de instrumentos que ayuden al desarrollo de las personas -Se aprecia potencial de desarrollo en la gestión de las alianzas -Se precisa una aproximación mayor hacia las necesidades de los pacientes, haciendo énfasis en el trato y servicio de atención
Lecciones aprendidas.
1. El Hospital fue reconocido con la Q plata (más de 400 puntos) por su desarrollo de Modelo de Gestión conforme al EFQM 2. Los subcriterios mejor valorados fueron el despliegue del liderazgo a las personas de la organización, la información obtenida de los indicadores y el aprendizaje, la planificación y gestión de las personas, y la gestión de los recursos económicos y financieros 3. Los criterios peor valorados fueron los de procesos y resultados en la sociedad

C-982

MODELO INTERPRETATIVO APLICADO A LAS MEDIDAS DE PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES: DIFERENCIAS EXISTENTES.

OLAETXEA URIZAR, E.; SERNA RODRÍGUEZ, F. Y BEITIA FERNÁNDEZ, C.
Organización Central-Osakidetza

Palabras Clave: Satisfacción, Profesionales, Modelo, Mejora, Metodología, Resultados

RESUMEN

Contexto de partida.
Osakidetza comienza a medir la satisfacción de sus profesionales en el año 2001. Desde entonces y hasta el 2007 utiliza un modelo interpretativo basado en 13 dimensiones y una metodología basada en la aplicación de una encuesta autocumplimentada a la totalidad de la plantilla. En el año 2007, se detecta la existencia de un modelo interpretativo más adecuado al utilizado hasta el momento. Este modelo se caracteriza básicamente por la existencia de unos factores clave a la hora de construir la satisfacción y en el peso diferencial de cada uno de estos factores.
Descripción del problema/necesidades.
El análisis de los resultados puso de manifiesto numerosos aspectos susceptibles de ser mejorados: la representatividad de los datos se ve afectada, se detectan áreas de mejora en las que se trabaja y no suponen de forma efectiva una mejora en los niveles de satisfacción… Todos estos aspectos nos hicieron avanzar en el desarrollo de un modelo interpretativo más adecuado y complementario al que estábamos utilizando y que representara la realidad tal y como es percibida por los profesionales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El desarrollo de un nuevo modelo comienza en el año 2007 de la mano de un análisis de validez y fiabilidad psicométrica. Según el nuevo modelo interpretativo 7 factores son capaces de explicar más de 2/3 de la varianza, y uno de ellos, el denominado “liderazgo y día a día” tiene un peso preponderante a la hora de impactar en los niveles de satisfacción. En una primera fase, se explotan los datos de satisfacción de personas (7.692 encuestas) con ambos modelos. En una segunda fase, el modelo interpretativo es objeto de validación por un equipo integrado por personal de diferentes organizaciones de Osakidetza.
Resultados obtenidos.
En este apartado se presentarán las diferencias más significativas en las conclusiones obtenidas tras la aplicación de los dos modelos. El análisis abordará tanto los datos cuantitativos (el liderazgo y día a día constituye aprox. el 45% del peso de la satisfacción), subrayando las diferencias existentes por grupos profesionales, tipologías de organización, etc…contrastando los datos obtenidos a través de ambos modelos interpretativos, así como los datos de carácter más cualitativo.
Lecciones aprendidas.
Entre las conclusiones extraídas de nuestra experiencia en este campo cabe destacar como futura línea de trabajo la necesidad de completar las medidas de percepción (Subcriterio 7A-EFQM) con datos de carácter más cualitativo (grupos focales…), así como definir un modelo interpretativo que tenga en consideración el carácter dinámico de satisfacción de las personas.

C-983

ANÁLISIS DE TRASLADOS A OTROS CENTROS SANITARIOS DESDE UN SERVICIO DE MÉDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

GRANA COSTA, M; *GONZÁLEZ BENITEZ, MA; MORENO SOBRINO, J; BARON RAMOS, MA; MAIZ JMENEZ, M Y RUIZ CANTERO, A.
Hospital de la Serrania. Ronda . Malaga

Palabras Clave: Traslado Interhospitalario, Adecuación por Complejidad Asistencial.

RESUMEN

Contexto de partida.
Valorar la adecuación de los traslados a otros centros, realizados desde un Servicio de Medicina Interna (SMI) con 50 camas de hospitalización, de un hospital comarcal, distante 120 km. del hospital de referencia, con el fin de evaluar la correcta utilización de recursos.
Descripción del problema/necesidades.
Se realizó el estudio para conocer y describir la patología asumida por el SMI y los motivos de traslado teniendo en cuenta la distancia a los centros de referencia y la disponibilidad de recursos (no disponibilidad inmediata de soporte plaquetario, procedimientos invasivos de vía biliar o cardiológicos entre otros).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se analizaron los diagnósticos y los centros receptores de traslado soluciones aportadas de las altas del SMI entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2008 utilizando como fuente el CMBD.
Resultados obtenidos.
El total de altas del SMI en dicho período fue 5473, de las que 301 (5.49 %) tuvieron como destino otro centro (297 un centro de mayor complejidad). Los centros que reciben el 92% de traslados son los 2 hospitales de referencia de la provincia, existiendo 15 pacientes (5%) trasladados a otra provincia. Los principales motivos de derivación son: patología cardíaca 161 (53.5 %) (realización de coronariografía 37,5%, marcapasos/ ablación 5.6%); patología neuroquirúrgica 31 (10.3%); patología biliar y digestiva 27 (9%); patología neoplásica 24 (8%); fracaso renal con necesidad de diálisis urgente 15 (5%); otros 43 (14.3%).
Lecciones aprendidas.
Comparando nuestros datos con el estudio “Un millón de altas hospitalarias en Medicina Interna” (SEMI), el porcentaje de traslados es mayor (5.49 vs 3.31%). Sin embargo, este estudio incluye un 40% de altas de hospitales de más de 500 camas donde los traslados por necesidades diagnósticas o terapéuticas se suponen escasos y el peso que adquieren los hospitales pequeños se infiere mayor (3.3111% de traslados sobre el total de sus altas). Nuestro porcentaje de derivaciones estaría dentro de lo esperado (aunque no existen en la bibliografía valores estándares) y están en relación con procedimientos invasivos reglados o previsibilidad de tratamiento mediante técnicas o especialistas no disponibles en nuestro hospital. El SMI asume el diagnóstico y tratamiento de la patología médica del área trasladando la patología preestablecida lo que supone una correcta utilización de recursos y una comodidad para pacientes y familiares. Se propone un análisis similar a nivel provincial-autonómico.

C-984

IMPACTO DE LA ACREDITACIÓN SOBRE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

CARRASCO PERALTA, JA; NÚÑEZ GARCÍA, D Y CASTELLANO ZURERA, MM.
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Consentimiento informado, acreditación, Áreas de mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
Garantizar el derecho de las personas a recibir una información clínica veraz, completa y accesible es una de las prioridades del Sistema Sanitario Público Andaluz. El consentimiento informado (CI) se enmarca dentro de este derecho básico como una herramienta fundamental para que la persona tome parte activa en la toma de decisiones sobre su proceso. El Servicio Andaluz de Salud regula el procedimiento para recabar el consentimiento informado (CI) escrito en sus centros. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), a través del programa de acreditación de Unidades de Gestión Clínica, evalua el cumplimiento de este derecho del paciente.
Descripción del problema/necesidades.
Se ha detectado una variabilidad a la hora de aplicar el procedimiento descrito en un 16,10% de las UGC evaluadas, destacando los siguientes problemas: modelo de CI no ajustado a normativa (78,9%), no realización de auditorias periódicas de cumplimentación (63,1%), falta de entrega de copia a usuarios (36,8%), falta de custodia de la información clínica (11%).
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el informe de evaluación emitido por ACSA se pone en conocimiento de la UGC el problema identificado, abriéndose un tiempo para que pueda analizarlo, identificar áreas de mejora y definir actuaciones para solucionarlo. En una reevaluación por parte de ACSA, se valoran estas soluciones aportadas.
Resultados obtenidos.
•En el 100% de los casos cuyo modelo no estaba adaptado a la normativa, se realizó tal adaptación. •De igual manera, en el 100% de las reevaluaciones se evidenció que se entregaba copia al paciente. •En el 100% de las reevaluaciones se adoptaron medidas para asegurar la custodia de la información •Otra serie de mejoras adoptadas fueron: •Creación/revisión del protocolo para recabar el CI: 64,7% •Revisiones periódicas del cumplimiento: 47,58% •Difusión del procedimiento correcto de CI: 41,1%
Lecciones aprendidas.
La acreditación permite identificar deficiencias a la hora de aplicar el procedimiento para recabar el CI y emite recomendaciones, que ayudan a que las UGC focalicen su atención sobre este aspecto y adopten medidas para garantizar el cumplimiento de este derecho de las personas.

C-985

ENFOQUE A PROCESOS DE LA GESTIÓN DE LAS PERSONAS EN UN SERVICIO DE SALUD: UNA REALIDAD CONSOLIDADA CON VOCACIÓN DE FUTURO

SERNA RODRÍGUEZ, F.; OLAETXEA URIZAR, E. Y BEITIA FERNÁNDEZ, C..
Organización Central-Osakidetza

Palabras Clave: Proceso, Personas, Creatividad, Gestión, Conocimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
Partiendo de la reflexión estratégica que dio lugar a la Política de RRHH en 2004 y al Plan Estratégico de Osakidetza 2003-2007, se inició un proyecto dirigido a la implantación de la gestión por procesos en el ámbito de la gestión de personas en las organizaciones de servicios (OS). Tras cinco años, el modelo es una realidad que se va consolidando como vehículo impulsor de un nuevo enfoque en la gestión de personas.
Descripción del problema/necesidades.
La adopción del Modelo EFQM como referente de gestión, supuso una orientación de las OS a procesos. La Política de RRHH establece como uno de sus principios generales impulsar la gestión de personal y alcanzar un enfoque integral fundamentado en el “desarrollo de un modelo que abarque de forma integrada y coordinada todos los procesos de gestión de las personas y gestión sistemática de los procesos desde una visión de mejora continua”.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El modelo se consideró de forma global para el conjunto de la corporación y se ha desarrollado en dos niveles: corporativo y de OS. La primera fase se centro en la descripción de los procesos identificados en la Política (nivel corporativo). Después, se procedió a la descripción e implantación de un modelo-guía de proceso para el conjunto de las OS (recoge aspectos comunes soen descr,al y procesos inte--

C-986

CLIMA EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN DISTRITO SANITARIO ANDALUZ.

GALIANA AUCHEL, JM; MARCH CERDÁ, JC; DANET, A Y EQUIPO CLIMAP.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: Clima emocional, Atención Primaria.

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio forma parte del proyecto titulado CLIMAP (Clima Emocional en Atención Primaria). La iniciativa se generó desde la Escuela Andaluza de Salud Púlica y tuvo como objetivo conocer y medir el clima emocional en centros de Atención Primaria de una capital andaluza, así como estudiar la relación entre la calidad del clima emocional y la evaluación del trabajo de profesionales sanitarios, medido en índices de rendimiento profesional y resultados específicos.
Descripción del problema/necesidades.
La bibliografía refleja la necesidad de contar con un clima emocional favorable en los equipos de trabajo, con tal de conseguir resultados positivos en el trabajo y la relación con profesionales y pacientes. El estudio cuantitativo se llevó a cabo en la población de profesionales de Atención Primaria de todos los centros sanitarios urbanos de la capital andaluza. Se usó una encuesta autocumplimentada, constituida por 10 preguntas en escala Likert (-5,+5) para medir la calidad de las relaciones profesionales, la existencia de un proyecto común y el reconocimiento del saber profesional. Los indicadores de resultados estudiados fueron: complemento al rendimiento profesional, calidad en la prescripción farmacéutica, porcentaje de desviación de la tasa estándar de derivación, atención domiciliaria en enfermería, satisfacción del usuario y una serie de evaluaciones sobre el tipo de liderazgo ejercido en los centros de salud.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Muestra: el total de profesionales de salud. De los 32 centros de salud pertenecientes al distrito sanitario, se recogieron datos de 30 centros (un 94%). Del total de 1120 profesionales de los centros de salud de la capital andaluza, (recogidos en la base de datos que el Servicio Andaluz de Salud pone a disposición de la Escuela Andaluza de Salud Pública), contestaron 708 personas (el 63,2%).
Resultados obtenidos.
Análisis estadístico:descriptivo, comparación de medias, índice de correlación de Pearson, regresión. El clima emocional tiene una media de 21 puntos (DT 16,6; mínimo –50; máximo +50). Las mujeres, los/as médicos/as y las personas con edades comprendidas entre 3040 años y las mayores de 60 años, percibieron un clima emocional mejor. La calidad del clima emocional se relacionó positivamente con la evaluación del rendimiento personal y con otros indicadores de resultados en el trabajo.
Lecciones aprendidas.
El clima emocional es una dimensión clave a tener en cuenta en la gestión sanitaria. Un estudio cualitativo sobre el clima podría revelar de manera directa las opiniones de los/as profesionales, lo que aportaría luz a las medidas de mejora necesarias.

C-987

SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES: MAS ALLÁ DE LAS ENCUENTAS

SÒNIA GARCÍA JALENCAS*; MÒNICA BALLESTER ROCA; LYDIA MOMPEL IGLESIAS Y CARME BIOSCA ADZET.
HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Palabras Clave: grupos focales, satisfacción, encuestas, observación

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona. Se definió e impulsó desde la Dirección de Calidad.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto surge ante la necesidad de evaluar de manera cualitativa la satisfacción de los usuarios o clientes internos de los servicios centrales, utilizando una metodología diferente a las encuesta y al análisis de reclamaciones o quejas, basada en la técnica de grupos focales. La encuesta anual a los facultativos de los servicios clínicos ha sido muy utilizada por las áreas que están certificadas en ISO 9001 y se obtiene un bajo porcentaje de respuesta y pocas oportunidades de mejora. Esta necesidad se detectó a través de los informes de las auditorías de certificación ISO.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se inició con la elaboración de un procedimiento donde se definía la metodología de trabajo para la evaluación de la satisfacción de los usuarios, así como la guía del estudio cualitativo y la matriz de recogida de datos. La Dirección de Calidad se reunió con los servicios centrales del hospital para explicar la disponibilidad de esta nueva herramienta y definir quiénes estaban interesados en ponerla en marcha.
Conjuntamente con los coordinadores de calidad de las unidades y servicios interesados en realizar el estudio definieron: los objetivos, el ámbito,los grupos para las reuniones,la guía del estudio, en función de los objetivos. Participan los clientes internos seleccionados del servicio a evaluar, el moderador que es quien lidera la reunión utilizando la guía de estudio (persona ajena al servicio a evaluar) y dos observadores quienes recogen las respuestas, conclusiones y reacciones de los participantes. Los profesionales que pertenecen al servicio evaluado no pueden estar presentes en las reuniones de los grupos focales.
Resultados obtenidos.
Se han realizado 3 reuniones con grupos focales, con facultativos pertenecientes a servicios quirúrgicos, médicos y enfermería, con un total de 17 participantes. Las reuniones han conseguido un alto nivel de participación y se han obtenido resultados muy satisfactorios, se han registrado muchas más opiniones y sugerencias de mejora que a través de las encuestas.
Lecciones aprendidas.
Los resultados de esta nueva metodología con grupos focales han sido muy satisfactorios, tanto para las áreas evaluadas (los 4 laboratorios) como por los servicios participantes. Pensamos que es una buena alternativa para evaluar la satisfacción de los clientes internos, aunque tampoco se pueda abusar de ella, debido a su alto coste en relación con las encuestas y posible saturación.

C-988

CUATRO AÑOS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES SOBRE CUMPLIMIENTO DE HORARIOS EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÁLVAREZ CÁRDENAS, M.C.; GONZÁLEZ ESTEBAN, M.I.; DULANTO BANDA, R.A.; FLURIACHE GARCÍACARO, M.P. Y PACHECO JIMÉNEZ, F.J..
Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina

Palabras Clave: Calidad, Satisfacción, Citas y Horarios, Reclamación

RESUMEN

Contexto de partida.

Los usuarios de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina realizan quejas y/o reclamaciones por escrito relacionadas con la atención recibida y de este derecho está cada vez más conciente la población. Un subgrupo de la Comisión de Calidad formado por 1 médico asistencial, la responsable de Unidad de Atención al Usuario, la responsable de Unidad de Comunicación, el coordinador de Unidades Administrativas y 1 técnico de salud, desarrolló el proyecto.

Descripción del problema/necesidades.

La demora asistencial es un aspecto de la calidad percibida muy relacionada con la gestión y el profesional. No existía en nuestra gerencia un diagnóstico cualitativo sobre las Quejas y Reclamaciones (Q y R) en este aspecto, sólo indicadores de tiempo de respuesta a la reclamación. Se seleccionó cuantificó el número de Q y R por cada año sobre incumplimiento y demora, se hizo un análisis comparativo interanual y con respecto a otras causas de Q y R. Se registraron las siguientes variables: fecha, información de horario, quién contesta, contra quién es dirigida, posible causa de fondo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Fases (2009): 1 mes: Creación del grupo, diseño de metodología (protocolo), selección de Q y R de Incumplimiento y Demora; 1 mes: Dos revisoras y registraron las variables de los documentos del Archivo General e informático de las Q y R del 2005 al 2008 del ámbito a medir; 2 meses: Análisis, informe final y difusión. Las áreas de mejora se expusieron en la Comisión de Calidad y al Equipo Directivo. A partir de allí se realiza un análisis cualicuantitativo trimestral de Q y R con propuestas de mejora por parte de la responsable de Atención al Usuario (miembro del grupo).

Resultados obtenidos.

Se encontraron 154 Q y R sobre demora o incumplimiento horario (14.5% de todas las Q y R (154/1086)). El personal Facultativo es el receptor del mayor porcentaje de Q y R (83,1%) y el que suele responder, aunque en el 55% las causas de fondo son organizativas. Quitando las situaciones excepcionales (como la escasez de recursos humanos en momentos puntuales), la tendencia de Q y R por demora
o incumplimiento horario es de descenso con respecto al total. Con respecto a otros motivos, en 12 casos no existía información de horarios, y en 15 los usuarios reclamaron por no ser atendidos antes que los demás.

Lecciones aprendidas.

Conocer las características de las Q y R y comunicarlo a los líderes permite plantear y realizar acciones de mejora. Es necesario establecer indicadores y seguir con análisis sistemáticos cualitativos de Q y R. La visión de un equipo multidisciplinar enriquece la evaluación.

C-989

PLAN DE MEJORA DEL DÍA A DÍA EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DEU DE BARCELONA

MERCEDES JABALERA* Y MARIA JOSEP PLANAS.
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU

Palabras Clave: Mejora, Cambio, Procesos

RESUMEN

Contexto de partida.

Es un proyecto global del hospital con la participación de profesionales de base, mandos y dirección

Descripción del problema/necesidades.

En 2004 se pone en marcha un plan estratégico que sitúa al hospital en un horizonte de cuatro años. El desarrollo de algunas de las 50 iniciativas de las que se compone el plan, pone en evidencia una serie de problemas crónicos de escaso alcance pero de indiscutible molestia para el dia a dia de los profesionales. Podria llamarse tambien plan de las pequeñas cosas, puesto que se refiere a las propuestas de trabajo y solución, de pequeños problemas diarios que hacen poco facil el trabajo de las personas y que, por no ser estratégicos, se acaban cronificando. El objetivo global es elaborar un plan a partir de los problemas detectados y el objetivo específico, que cada responsable tenga un “mapa de ruta” para realizar un seguimiento de las líneas de trabajo iniciadas en su servicio

Desarrollo y soluciones aportadas.

La base metodológica es el ciclo de mejora de la calidad, dividido en 3 etapas:

1.-identificación de problemas mediante diversas fuentes

a) revisión de procesos (a la que se ha sometido todo el hospital “obligados” por la instauración de la nueva historia clínica electrónica)

b) los “cafes con la gerencia”: reuniones periódicas de los profesionales, por servicios, con el gerente. El objetivo es conocer de primera mano los problemas cotidianos de la gente

c) otras: sugerencias y reclamaciones de los usuarios, planes funcionales que se han llevado a cabo motivados por las obras, etc.

2.-Actuación:

a) priorización de los problemas identificados (mandos y dirección) b) realización del análisi causal y elaboración del plan para cada área/servicio (cronograma, indicadores...)

c) presentación a dirección y puesta en marcha

3.-Seguimiento: evaluación de indicadores (dicotómicos en la mayoria de los casos) y elaboración de informe de resultados

Resultados obtenidos.

Se han identificado 516 “pequeños problemas” en los ámbitos analizados (asistenciales y no asistenciales). Resultados globales:

.-7.2% de los problemas se han resuelto

.-40.5% de ellos están en vías de solución

.-52.3% siguen pendientes

Estos porcentajes varían según el ámbito y el grado de desarrollo del plan alcanzado

Lecciones aprendidas.

han sido factores clave: .

-la participación de muchos profesionales .

-una buena estrategia de comunicacion, de los problemas y de las soluciones

El plan no tiene fecha de finalización; es un plan “vivo”que implica revisión periódica para adaptarlo a las necesidades de cada momento.

C-990

LA DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO: INTERACCIONES MÁS RELEVANTES.

SERNA RODRÍGUEZ, F.; BEITIA FERNÁNDEZ, C.; APARICIO SANZ, M.; FERNÁNDEZ GIL, E.; PASTORA MIRÓN, V. Y OLAETXEA URIZAR, E.. ORGANIZACIÓN CENTRAL-OSAKIDETZA

Palabras Clave: Proceso, Ope ,Selección, Interacción.

RESUMEN

Contexto de partida.

En el año 2008 y en el marco del proyecto de "Gestión por procesos en el ámbito de Recursos Humanos" y de la implantación de la "Metodología 5S" en el Servicio de Selección y Provisión de Osakidetza, se comienza a definir el proceso de Oferta Pública de Empleo, desglosando dicho proceso a nivel de actividades, desplegadas a su vez en tareas, asociadas a sus correspondientes responsables y documentación generada como resultado de la ejecución de las mismas. Dado que se trata de un proceso corporativo que alcanza a la totalidad de las organizaciones de servicios de Osakidetza y con un fuerte impacto social, se hace necesario atender especialmente a las interacciones de este proceso con las organizaciones, los tribunales, los opositores y la ciudadanía y con el resto de instituciones y agentes sociales.

Descripción del problema/necesidades.

Este proyecto surge de la necesidad de sistematizar este proceso ligándolo con el desarrollo de una herramienta informática que posibilite una visión más global de cómo contribuye cada una de las tareas al cumplimiento de la misión del proceso, y que nos permita centrarnos y sistematizar las interacciones más relevantes con el fin de reducir o minimizar la posible variabilidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este proyecto se está desarrollando desde el año 2008 liderado por la Dirección de Recursos Humanos de Osakidetza y en colaboración con la Subdirección de Informática. En una primera fase se ha descrito el proceso con sus tareas, actividades, responsables, documentación asociada, ubicación, etc… y en una segunda fase ese proceso ha sido trasladado a una herramienta informática HTML.

Resultados obtenidos.

La descripción de un proceso tan largo en el tiempo (aprox. 2 años) y en el que intervienen tantos profesionales, opositores y agentes sociales ha constituido un hito importante en la gestión del Servicio de Selección y Provisión. A pesar de ello, y como continuación a la labor realizada se nos presenta una nueva línea de trabajo en la homogeneización de formatos y modelos utilizados, no descartando en este sentido la posible acreditación de dicho macro-proceso.

Lecciones aprendidas.

Entre las conclusiones más relevantes cabe señalar que la descripción de este proceso ha permitido integrar y unificar el conocimiento de las personas del Servicio de Selección y Provisión, posibilitando de esta manera la polivalencia del personal y agilizando la integración de las personas de nueva incorporación. Así mismo, ha permitido sistematizar las interacciones con las organizaciones de servicios y la sociedad en su conjunto.

C-991

APLICACIÓN DEL MANUAL DE ACREDITACIÓN DEL PROCESO DE SOPORTE LABORATORIOS CLÍNICOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

ROSARIO AGUILAR PEÑA; GASSÓ CAMPOS M.; HERRERA CONTRERAS I; JOSE Mª JOVER CASAS; Mª VICTORIA CAMACHO REINA Y Mª JOSE MEDINA CORPAS.
Complejo Hospitalario de jaen

Palabras Clave: Implantación, Proceso, Laboratorio

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se realizó en la UGC de Laboratorio del CHJ. Lo desarrollaron los profesionales de la propia UGC con el asesoramiento y dirección de la Unidad de Calidad del Hospital.

Descripción del problema/necesidades.

Los Procesos Asistenciales incorporan una visión multidimensional que contempla elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, evidencia científica de las decisiones clínicas disponibles. En esta línea el Proceso de Soporte Laboratorios Clínicos garantiza que todas las tareas se realizan de la mejor manera y de la forma más coordinada posible, teniendo en cuenta las expectativas de los ciudadanos y de los profesionales que participan en él.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El objetivo del estudio es el conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación del Proceso de Soporte "Laboratorios Clínicos" en la Unidad de Gestión Clínica de Laboratorio del Complejo Hospitalario de Jaén. Para conocer el grado de implantación de este Proceso tomamos como base los estándares establecidos en el Manual de Estándares del Programa de Acreditación de los Laboratorios Clínicos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Resultados obtenidos.

El Manual de Estándares de los Laboratorios Clínicos se estructura en cinco bloques, once criterios y 110 estándares. De los 12 estándares incluidos en este criterio, en nuestro laboratorio cumplimos 6. El segundo criterio, de los 5 estándares incluidos el laboratorio cumple con 3. El tercer criterio, de los 6 estándares cumplimos 6. El segundo bloque: Organización de la actividad centrada en el paciente. El primer criterio, cumplimos 5 de los 6 estándares. El segundo criterio, cumplimos 3 de 5 estándares. El tercer criterio, de los 9 estándares cumplimos 8. El tercer bloque: El primer criterio, cumplimos 10 de lo 13 estándares. El cuarto bloque: Primer criterio, cumplimos 17 de los 19 estándares. Segundo criterio, cumplimos 7 de 10 estándares. Tercer criterio, Sistemas de Calidad. Cumplimos 13 de 14 estándares. El quinto bloque: Resultados. Cumplimos 8 de 11 estándares. Por tanto cumplimos 86 de 110 estándares, el 78%.

Lecciones aprendidas.

El grado de implantación del Proceso de Soporte Laboratorios Clínico es bueno, si nos comparamos con los estándares del Manual de Calidad de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Esta comparación nos sirve para conocer nuestros puntos débiles y por tanto nuestras posibilidades de mejora. Iniciar el proceso de Acreditación del Laboratorio clínico del Complejo Hospitalario por la Agencia de Calidad Andaluza

C-992

EVALUACIÓN EXTERNA DE UN PLAN DE PEQUEÑOS DETALLES EN ATENCIÓN PRIMARIA: CERRANDO UN CICLO DE MEJORA

DULANTO BANDA, R.A; PACHECO JIMÉNEZ, F.J; ÁLVAREZ CÁRDENAS, MC; GONZÁLEZ ESTEBAN, M.I; FLURIACHE GARCÍA-CARO, P Y LÓPEZ CAÑIZAREZ, M.M.
Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina

Palabras Clave: Evaluación de Proyectos, Atención Primaria, Planificación

RESUMEN

Contexto de partida.
En el 2004 la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina (GAPTA) elaboró un Plan de los Pequeños Detalles (PPD) dirigido a establecer acciones de mejora que, con pocos recursos, tuvieran un impacto positivo en usuarios y personas. Cuatro años después 5 miembros de la Comisión de Calidad (4 de ellos de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario (OCAU)), ajenos al plan, formaron un grupo multidisciplinar para su evaluación.
Descripción del problema/necesidades.
El plan incluía la evaluación de su despliegue que, según un único informe en el 2005, no ofrecía resultados concretos. Los indicadores del Plan de Calidad de la gerencia que incluían un ítem para el PPD no permitían objetivar el desarrollo real de este. El grupo evaluador se planteó determinar si las acciones de mejora del PPD se habían realizado, creando una matriz de priorización de las líneas estratégicas y acciones de mejora a medir y estableciendo la metodología a utilizar. Se diseñó indicadores y estándares para dar o no por buena la acción de mejora. Tras los resultados se detectaron los puntos fuertes y áreas de mejora.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Fase I: Puesta en común y priorización y diseño de las metodologías (encuestas, checklist) (2 meses). Fase II: Distribución de tareas de evaluación por subgrupos, colaboración de las auxiliares administrativas de la OCAU para el registro de datos. Entrevistas a los responsables del PPD (mayormente equipo directivo), solicitando evidencias positivas de las acciones del PPD (2 meses). Fase III: Evaluación de resultados y propuestas de mejora tras análisis DAFO. Presentación ante la Comisión de Calidad y la Dirección e informe en la página web. Se realizó un procedimiento específico para una de las áreas de mejora. Se sistematizó el análisis de quejas y reclamaciones.
Resultados obtenidos.
Las acciones de mejora relacionadas con formación tuvieron resultados positivos. Se detectó poco impacto del PPD en otras áreas (cumplimiento e información de horarios, información al usuario, identificación de profesionales). Fue difícil evaluar el impacto del PPD ya que no existió un punto de partida que permitiera la comparación. Las debilidades según el DAFO serían la poca disponibilidad de recursos y la desmotivación profesional, y las fortalezas el desarrollo tecnológico disponible y la existencia de grupos de mejora, entre otros. El grupo aportó sus conclusiones y experiencia en el diseñó del nuevo Plan de Confortabilidad de la GAPTA.
Lecciones aprendidas.
La participación multidisciplinar enriqueció el análisis del plan. La existencia de un grupo de mejora garantizaría la continuidad del nuevo plan.

C-993

VALORACION DE COMPETENCIAS EN CARGOS INTERMEDIOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES.

FUENTES RODRÍGUEZ, F.; BLESA FRANCO, S.; MESQUIDA GARRIDO, F.; VÍLCHEZ ROJAS, J.L.; HERRERO PEINADO, M.C. Y ESPEJO ARNAO, F..
Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Palabras Clave: Competencias, Valoracion, Adecuacion Persona-Puesto, Assesment Center.

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Subdirección de RR.HH.: Área de desarrollo profesional. Técnicos del área de desarrollo profesional.
Descripción del problema/necesidades.
El decreto 75/2007 que regula el sistema de provisión de cargos intermedios en el SAS, establece una 1ª fase para valorar competencias imprescindibles, requiriendo la superación de una puntuación umbral. El equipo de psicólogos del área de desarrollo profesional participa en el proceso de análisis de competencias a través de un circuito de pruebas. Según los modelos teóricos, la satisfacción del profesional repercute en la satisfacción del usuario. Es clave la evaluación en procesos de selección que cuenten con pruebas válidas, fiables y adaptadas a las competencias de un puesto y que permitan la detección de áreas de mejora del profesional seleccionado y el diseño de Planes de Desarrollo Individual.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Fases del proceso de valoración de Competencias Profesionales: 1º Determinación de competencias transversales de los puestos del Hospital, de personal sanitario y no sanitario, en dos grupos: Habilidades para el Liderazgo Y Gestión de Personas; -Actitudes. 2º Definición operacional de cada competencia. 3º Valoración de competencias: Assesment Center. 4º Elaboración de informes determinando el grado de adecuación del candidato a las competencias evaluadas y la detección de áreas de mejora. 5º Diseño de Planes de Desarrollo Profesional Individualizados.
Resultados obtenidos.
Una adecuada valoración de las competencias a través de la metodología descrita permite la selección del candidato más adecuado, constituyendo uno de los mejores predictores para una adecuada gestión de las personas que repercuta en un buen funcionamiento y consecución de los objetivos de una unidad o servicio. Los cuestionarios aplicados a los candidatos una vez concluida la valoración de competencias evalúan en escala Lickert de 1 a 4. El grado de satisfacción con el proceso fue 3-4, por lo que podemos concluir que la calidad percibida por los candidatos es muy elevada.
Lecciones aprendidas.
- Estandarización en los procesos de valoración de competencias
- Objetivización en la adecuación persona-puesto
- Incremento de la satisfacción percibida por parte de los candidatos
- Mejora de resultados de objetivos en los servicios de adscripción. Es primordial que los resultados reviertan en el seguimiento del candidato seleccionado a través de planes de desarrollo individual para mejorar las competencias más deficitarias.

C-994

NUEVE AÑOS HACIA LA EXCELENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET: "TODO LARGO CAMINO COMIENZA CON UN SOLO PASO"

MOMPÓ AVILÉS, C.; VILARASAU FARRÉ, J. Y CASADEMON GOU J..
HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET

Palabras Clave: EFQM, excelencia, estrategia

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital General de l'Hospitalet cuenta con 212 camas y más de 800 profesionales. En 1996 se crea la figura del responsable de calidad, el Comité de seguimiento de la calidad (responsables y equipo directivo) y se ponen en marcha grupos de mejora.

Descripción del problema/necesidades.

En el año 2000 la dirección se plantea establecer un sistema para evaluar la gestión del hospital que permita mejorar los resultados ofrecidos a los grupos de interés. Se escoge el Modelo EFQM.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Realizadas cuatro autoevaluaciones (años 2000, 2002, 2005 y 2008). En el 2000 se utiliza la matriz REDER para establecer puntuación numérica, puntos fuertes y áreas de mejora de cada subcriterio; se forma a directivos, responsable de calidad, mandos intermedios y participantes en la autoevaluación; se hacen sesiones informativas del proyecto y, posteriormente, una sesión específica y un tríptico para los resultados. A partir del 2002 se utiliza la herramienta Perfil, del Club Excelencia de Gestión; se forma al equipo evaluador y los resultados los presenta el gerente en una sesión informativa. Participan representantes de distintos grupos profesionales, comité de empresa, asociación profesional, Junta de enfermería, Junta facultativa, mandos intermedios y directivos (incrementando con los años el número de directivos). Se elabora Memoria en el 2005 y 2008.

Resultados obtenidos.

Puntuaciones obtenidas (validadas externamente): 152 (2000), 291 (2002), 386 (2005), 475 (2008). Sello de bronce 2004 (300 puntos). Principales mejoras implantadas: 1) Definición, difusión y revisión sistemática de misión, visión y valores. 2) Planificación estratégica sistematizada y alineada con procesos y personas. 3) Descripción de puestos de trabajo, incluyendo competencias cardinales, y gestión de competencias. 4) Implantación de un sistema de gestión por procesos. 5) Encuesta anual de satisfacción a clientes de procesos clave. 6) Encuesta bienal de satisfacción a profesionales. 7) Análisis de resultados según tendencias y benchmark.

Lecciones aprendidas.

Tener una visión (un modelo con el que compararse) permite alinear esfuerzos para llegar más lejos. Evidenciar las mejoras implantadas facilita la orientación a resultados. Cuanto más se conoce el modelo se descubre una mayor exigencia del mismo. La participación de profesionales en la evaluación ayuda a validar los resultados en la organización; la de los directivos es básica para que se impliquen. La memoria facilita enormemente la evaluación y que se realice de forma objetiva. No es necesario que toda la organización conozca el Modelo pero sí que vivan los Resultados obtenidos.

C-995

OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO: UNA MISMA REALIDAD, DOS VISIONES DIFERENTES.

APARICIO SANZ, M.; BEITIA FERNÁNDEZ, C.; SERNA RODRÍGUEZ, F.; OLAETXEA URIZAR, E. Y FERNÁNDEZ GIL, E..
Organización Central-Osakidetza

Palabras Clave: Ope, Satisfacción, Opositor, Tribunal, Mejora.

RESUMEN

Contexto de partida.

Osakidetza convoca en el año 2006 una OPE con un total de 4.366 plazas correspondientes a 108 categorías. En el año 2008, y tras la finalización de las fases de oposición y concurso, se inicia la adjudicación y toma de posesión de los destinos convocados habiéndose producido a 31 de diciembre la toma de posesión del destino de 2.907 adjudicatarios distribuidos en diferentes grupos profesionales.

Descripción del problema/necesidades.

Las ofertas públicas de Osakidetza, caracterizadas por tratarse de procesos muy masivos y con un fuerte impacto social son objeto de constantes análisis dirigidos a su mejora. Con el fin de minimizar las quejas, reclamaciones y consultas derivadas de dicho proceso, se comienza a evaluar la percepción que tienen del proceso selectivo tanto los participantes (82.315 admitidos) como los tribunales calificadores.Dicha medición tiene por objeto contrastar ambas visiones y obtener información que sea de utilidad a la hora de mejorar futuras convocatorias.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La evaluación de la satisfacción de los profesionales se realiza a través de una encuesta autocumplimentada aplicada a la totalidad de los participantes que obtienen una plaza en propiedad. La herramienta de medición cuenta con un total de 10 ítems(escala 0-10) que evalúan aspectos tales como la idoneidad de las bases generales y específicas, temario, esfuerzo informático….La evaluación de la satisfacción de los tribunales se realiza también a través de una encuesta autocumplimentada con un formato similar al anteriormente mencionado pero con preguntas abiertas que permiten profundizar en un análisis de carácter más cualitativo.

Resultados obtenidos.

Se mostrarán los resultados de ambos colectivos, y se pondrán de manifiesto las divergencias existentes entre las evaluaciones realizadas por los profesionales (rango puntuaciones 2,45-6,64 y media: 4,8) y las realizadas por el tribunal calificador (rango puntuaciones 6,71-8,57 y media: 7,75),así como las conclusiones más relevantes.

Lecciones aprendidas.

Las mejoras incorporadas en la OPE 2008 tienen en consideración las aportaciones derivadas de dichos análisis: la aplicación de las nuevas tecnologías con el fin de reducir los plazos y la publicación de resoluciones, una mayor organización de las distintas fases del proceso, y una integración eficiente y eficaz de los datos que obran en poder de Osakidetza por la participación de los opositores en otros procesos (concurso de traslados, desarrollo profesional…), todo ello con el fin de mejorar la percepción de los profesionales y la sociedad en su conjunto de los procesos selectivos en la sanidad pública vasca.

C-996

APLICACIÓN DE TÉCNICAS CUALITATIVAS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA SATISFACCIÓN: GRUPOS FOCALES

VALENCIANO GONZÁLEZ, A.; CASTELO ZAS, S. Y TABOADA GÓMEZ, J.. HOSPITAL DE MENDARO

Palabras Clave: Satisfacción, Investigación cualitativa, técnicas grupales.

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital de Mendaro, hospital comarcal de la red de Osakidetza. Han participado 50 profesionales, entre facultativos, DUEs, auxiliares de enfermería, celadores, tanto del Hospital como profesionales de atención primaria de la comarca

Descripción del problema/necesidades.

Existen 7 procesos certificados bajo norma ISO 9001:2008. Para la gestión y mejora continua de éstos se ha establecido un sistema de información estructurado basado en: indicadores, incidencias, auditoría. Tradicionalmente se han empleado encuestas autocumplimentadas para conocer la percepción del resto de los profesionales. Esta herramienta aporta una imagen general de la situación y facilita el análisis con métodos estandarizados, sin embargo, los gestores nos transmitían la sensación de que existían detalles y matices que se escapaban a este análisis. Por esta razón se decidió emplear un método de investigación cualitativa más flexible, que pudiera aportar información más detallada, localizar áreas concretas de mejoras y alimentar los Planes de Gestión

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se emplea la herramienta "Grupo Focal" que consiste en una entrevista grupal en la que se plantean una serie de preguntas abiertas y se recaba la opinión de cada uno de los participantes.
1) Elección de los integrantes de cada grupo. El gestor de cada proceso sugiere la inclusión de personas representativas de sus interacciones relevantes.
2) Se forman grupos heterogéneos multidisciplinares.
3) Planificación de las sesiones: Invitación a participantes, organización de agendas,…
4) En tres semanas se desarrollaron las 6 sesiones, cada una de ellas con una duración aproximada de 2 horas.
5) Elaboración de un informe transcribiendo las opiniones literales. Esta primera propuesta de informe se remite a cada participante, dando opción a matizar las opiniones vertidas.
6) Con las opiniones definitivas, se elabora un informe definitivo garantizando el anominato de las afirmaciones recogidas

Resultados obtenidos.

- Tasa de participación fue del 90%
- Información directa respecto a cada uno de los procesos (feedback)
- Identificación de una serie de áreas de mejoras: comunicación, engranaje de procesos

Lecciones aprendidas.

-Se dispone de una información que permite abordar aspectos más concretos en la relación entre los procesos -La satisfacción de los participantes es mayor porque sienten que su opinión se tiene en cuenta -Las aportaciones que se realizan son más constructivas -La metodología de grupos focales es una herramienta útil, pero costosa en cuanto al desarrollo, que requiere una buena planificación y ejecución

C-997

OBTENCIÓN DEL SELLO 200+ TRAS AUTOEVALUACIÓN

E.F.Q.M MORENO VALERO,MA; GARCÍA GARCÍA,J; SANTIAGO GARCÍA, C; SCHMITG; ; LEON NAVARRO J Y ALCANTARA ZAPATA F. HOSPITAL SANTA Mª DEL ROSELL

Palabras Clave: Acreditación, Autoevaluación, Efqm

RESUMEN

Contexto de partida.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA Mª DEL ROSELL.
Autoevaluación efectuada por equipo directivo y grupo de profesionales clave, desarrollo e implicación en las acciones de mejora de todos los profesionales del hospital

Descripción del problema/necesidades.

No existia valoración explicita de la Gestión del Hospital. Elaboración de planes de mejora con resultados positivos cuantificables en la atencion a pacientes y obtención de reconocimiento externo

Desarrollo y soluciones aportadas.

Autoevaluación siguiendo el modelo E.F.Q.M por medio de reflexión conjunta del equipo directivo (ED) sobre las actividades realizadas y resultados conseguidos.
1ª Fase:
• uso por parte de la organización de metodología de autoevaluación basada en los 9 criterios del Modelo EFQM Definir su rendimiento y establecer prioridades, planificar e, implantar tres acciones de mejora. :
•Autoevaluación EFQM, con herramienta PERFIL
• Elaboración de la memoria y puntuación 307.
• Identificación de áreas de mejora • Elaboración de plan de acción y transmisión en cascada a toda la organización.
2ª Fase: la organización debe demostrar que se han desplegado las mencionadas tres acciones de mejora, lo que es comprobado por un Validador independiente aplicando la matriz REDER. La priorización de nuestras acciones de mejora se basa en su impacto sobre su contribución a mejorar la satisfacción de los clientes y capacidad para mejorar la fidelización e implicación de los empleados, contribuir a difundir la Misión, Visión, Política y Estrategia de la organización

Resultados obtenidos.

Se priorizaron 3 acciones de mejora:
1º.- Plan de agilizacion de Altas
2º.-Medir la calidad percibida y la satisfacción de los pacientes en urgencias.
3º.-Mejorar los cuidados a los pacientes , portadores de sonda vesical Cada accion de mejora tenia su propietario, cronograma, medidas correctoras definidas indicadores de monitorización . Procesos con personas, materiales, energía y equipamiento, organizadas de una forma lógica y van añadiendo valor, para producir un resultado planificado y deseado. Se planificaron las acciones priorizadas(enfoque), se definieron las acciones previstas para conseguir la mejora (despliegue), se fueron implantando las acciones previstas (Resultados) monitorizando con los indicadores diseñados y aprendiendo y reajustando la planificación para conseguir el objetivo (evaluación y revisión)

Lecciones aprendidas.

La metodología EFQM permite realizar autoevaluaciones sobre la gestión del Hospital , diseñar medidas correctoras y mejorar los resultados. La autoevaluación cohesiona a los equipos directivos. La obtención del sello es un reconocimiento a los profesionales

C-998

ADHESIÓN A LOS PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

FERNÁNDEZ LÓPEZ, S.; BUIZA CAMACHO, B.; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J.; FERNÁNDEZ BERMEJO, MC. Y ESCOBAR UBREVA, A..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Clasificación Acreditación, Programas Modelos Estadísticos Metodolog

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo ha sido realizado en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, fundación del Sistema Sanitario Público Andaluz. Han participado en el desarrollo del trabajo un equipo multidisciplinar del área de Sistemas de Información. Se realiza un análisis de la adhesión de los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Descripción del problema/necesidades.

El inicio de los procesos de mejora continua y de garantía de calidad de los servicios sanitarios debe abordarse de manera integral en todos los ámbitos implicados. Se plantea describir cómo los organismos del Sistema Sanitario Público Andaluz han ido adhiriéndose a los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, considerando los distintos ámbitos de actuación, e indagando en la relación entre estos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tomando como referencia los registros de las aplicaciones web, que dan soporte a la acreditación de los distintos ámbitos (entorno ME_jora) y en un periodo temporal desde 2003 a junio de 2009, se describió y analizó la evolución del número de procesos de acreditación iniciados por organización, según el ámbito de acreditación (centros, unidades de gestión clínica, competencias profesionales, formación continuada y webs). Se elaboraron dimensiones sintéticas de la adhesión a los programas de acreditación. Se realizó una clasificación de las distintas organizaciones analizadas en función del nivel de desarrollo integral de los procesos de acreditación.

Resultados obtenidos.

El inicio de los procesos de acreditación en los distintos ámbitos están fuertemente relacionados, siendo la experiencia un factor determinante en el impulso de la mejora continua de la calidad del servicio sanitario al ciudadano. Se consiguió una segmentación de las organizaciones del SSPA en función de las dimensiones que definen la adhesión a los programas de acreditación, realizándose un perfil descriptivo de dichos segmentos. La clasificación obtenida constituye una herramienta estratégica que permite el diseño e implantación de medidas para impulsar la acreditación y la mejora continua de los servicios sanitarios.

Lecciones aprendidas.

La adhesión integral a los Programas de acreditación se realiza de forma progresiva, con dependencia entre ámbitos y determinada por la experiencia, en las organizaciones del SSPA. Las dimensiones y segmentos identificados tienen carácter transversal, siendo una clasificación sujeta a revisión en el tiempo.

C-999

ANÁLISIS DE LAS REINTERVENCIONES COMO PARÁMETRO DE CALIDAD DEL PROCESO TERAPÉUTICO

CARRERA GOULA, R; ALEJO SÁNCHEZ, M; CARRERA GOULA R; CLOS MOLINS, R; SERRA GENÍS, C Y ÁLVAREZ TORRECILLA, V.
Consorci Hospitalari de Vic

Palabras Clave: Cirugía, Reintervención, Complicaciones

RESUMEN

Contexto de partida.

La reintervención quirúrgica es un procedimiento frecuente, que suele derivarse de un primer procedimiento quirúrgico no satisfactorio, por las condiciones del paciente o por las complicaciones post-quirúrgicas.

Descripción del problema/necesidades.

No se dispone de un porcentaje de reintervenciones del centro, ni de estándar de reintervención en cada uno de los procedimientos quirúrgicos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde 1999 se analizan las reintervención como indicador de calidad. Reintervención: nueva operación < 30 días por el mismo servicio y como consecuencia del primer procedimiento. Al no haber estándar global en la literatura, se decidió analizarlas según tipo de cirugía. Se analizan cuatro servicios (cirugía general, cirugía vascular, ginecología y unidad de mama) englobando el 61.3% de la actividad quirúrgica total. Los resultados son analizados sistemáticamente por el grupo de Tejidos y tumores conjuntamente con dos cirujanos, una ginecóloga y un traumatólogo.

Resultados obtenidos.

El porcentaje global de reintervenciones en el CHV oscila entre 1.8% (2000) y 2.3% (2005). 1.9% en 2008. Los procedimientos quirúrgicos con más reintervenciones en cirugía general fueron: Hernias (0.5%), Cirugía oncológica de cólon (12.4%), colecistectomías (abiertas y cerradas) (4.3%) y apendicectomías (1.1%). Los motivos eran complicaciones de la técnica quirúrgica, hemorragias, infecciones, bridas y evisceración. En cirugía vascular, las reintervenciones eran por necrosis en la amputación y fallos del by-pass. En cirugía de mama se realizaban retumorectomías por márgenes afectados. La evisceración era la causa más frecuente de reintervención en la cirugía ginecológica.

Lecciones aprendidas.

Se ha estandarizado el estudio de las reintervenciones en el hospital y en cada uno de los servicios implicados en el análisis. Se está creando un estándar propio general del consorcio que permita evaluar la evolución de este estándar. Así como de cada servicio, y dentro de este de cada uno de los procedimientos quirúrgicos, que permitiría hacer comparaciones interdepartamentales y con los estándares de la literatura.
Mayoritariamente, los resultados que se ha podido comparar son similares a los descritos en la literatura. La revisión y discusión de estos casos permitirá mejorar la eficacia de los procesos.

C-1000

LA HOSPITALIZACIÓN GESTIONADA COMO UN PROCESO.

URRUTIA JOHANSSON, I; IBARRA HERNÁNDEZ,K; GUERRA ZALDUA,N; ONANDIA OCERIN,M; REGULEZ ARIÑO,MP Y RUIZ ECHEVARRIA, MA.
HOSPITAL DE BASURTO

Palabras Clave: Certificación Iso, Calidad, Gestión por Procesos

RESUMEN

Contexto de partida.

Inicialmente se constituyó un equipo de diseño, con representación de los estamentos médicos, de enfermería y dirección, un total de 15 profesionales con representación de 8 servicios prevalentes y 4 unidades de enfermería. Posteriormente se ha desplegado a todas las Unidades de Hospitalización, nombrando a 45 coordinadores (1 por servicio/ Unidad) y dando representación a unos 2000 profesionales que prestan su actividad asistencial en Hospitalización.

Descripción del problema/necesidades.

Variablidad de las actuaciones prestadas en todo el proceso asistencial, sin tener claros los límites de entrada/ salida, con un gran margen de mejora en las interacciones interservicios/ unidades y entre los procesos, y sin tener claramente definidos los objetivos en coherencia con la organización. Se han atendido a los indicadores de demora en la LEQ; incidencias en preoperatorios (circuito con interacción con primaria); indicadores de seguridad del paciente, y de percepción (información, eficacia, resolutividad)

Desarrollo y soluciones aportadas.

2006: La determinación de acometer la GPP en el proceso de Hospitalización se derivó de la Autoevaluación EFQM 2007: Planificación, selección del equipo de diseño, formación 2008: Diseño del proceso:Misión, Alcance, Clientes y requisitos, Mapa del Proceso, Matriz de Interacciones de procesos de apoyo, flujograma, Cuadro de mando 2009: Presentación a la gerencia/ Consejo de Dirección y Priorización de Mejoras a acometer Despliegue a los lideres de la organización Designación y formación a "hamarrekos" o coordinadores de servicios/ unidades Auditorias Internas Auditoria Externa ISO 9001: 2008 (sept.2009)

Resultados obtenidos.

Mejorar la interacción de los diferentes servicios médicos y unidades de enfermería Ha propiciado identificar , corregir y eliminar las causas de ineficiencias detectadas Definición del circuito de trabajo y unificación de criterios Identificar y aprovechar el conocimiento y polivalencia de las personas que participan. Impacto en la reducción den LEQ Impacto en seguridad del paciente Impacto en indicadores de percepeción: información, trato.Trabajo en equipo y mejora de la COMUNICACIÓN entre profesionales y por para el paciente.

Lecciones aprendidas.

El objetivo final… no es obtener la certificación ISO, sino un reconocimiento a tener una metodología desplegada de GPP en la Hospitalización, que garantice la eficacia, eficiencia, accesibilidad, seguridad y satisfacción a nuestros pacientes/ usuarios, desde que son incluidos en una LEQ hasta que se gestione su alta (domiciliaria, derivación a centros media/ larga estancia..

C-1001

PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y UNIDADES DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN (CUDI)

NOGUERAS RUÍZ, S. Y ARJONA SÁNCHEZ, JL..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Diagnóstico por la Imagen, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

El Manual se elaboró por un comité técnico asesor experto (CTA) en CUDI, convocado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y con la participación de profesionales evaluadores del Área de Acreditación de Centros y Unidades de Gestión Clínica

Descripción del problema/necesidades.

Para abordar la calidad desde un enfoque integral dentro de la atención sanitaria y a su vez dar respuesta a la demanda de los profesionales de estas unidades, surge la necesidad de la elaboración de un programa de acreditación específico de CUDI, como metodología de trabajo destinada a favorecer e impulsar los procesos de mejora continua mediante la descripción de sus áreas de calidad, pudiendo identificar CUDI de referencia

Desarrollo y soluciones aportadas

Tras 6 reuniones del CTA surge un manual consensuado que contempla el marco normativo, recomendaciones sobre mejores prácticas, innovaciones y metodologías de mejora continua. Se contempla una validación con un proyecto real para su puesta en marcha

Resultados obtenidos.

Se compone de 126 estándares de calidad (48 obligatorios), distribuidos en 3 niveles. Estructurado en 5 bloques y 11 criterios. I El Ciudadano Centro del Sistema. I1 Satisfacción, Participación y Derechos:Necesidades, expectativas, satisfacción e información de los ciudadanos. I2 Accesibilidad y Continuidad:Visión continua y compartida del trabajo asistencial. I3:Documentación y Archivo: Información clínica y confidencialidad. II. Organización de la actividad centrada en el paciente. II4:Gestión de Procesos Asistenciales:Implantación, desarrollo y seguimiento de los Procesos Asistenciales y del Proceso de Soporte Técnicas de Imagen. II5:Promoción y Prevención en Salud: Mejorar las condiciones de salud de profesionales y usuarios. II6:Dirección:Implicación y responsabilidad en calidad y cumplimiento de objetivos. III Profesionales. III7:Profesionales, desarrollo y formación:Selección, promoción, formación e investigación. IV Estructura y organización: IV8:Estructura, Equipamiento y Proveedores:Entorno funcional y seguro. IV9:Sistemas y Tecnologías de Información:Comunicación, integración y accesibilidad. IV10:Sistemas de Calidad y Seguridad:Actividad basada en principios de calidad y seguridad. V Resultados. V11:Resultados del CUDI: Efectividad y eficiencia

Lecciones aprendidas.

El programa constituye una herramienta marco para la mejora continua. Los grupos de nivel de los estándares permiten una secuencia priorizada para su abordaje. Las áreas de calidad contempladas permiten abarcar la complejidad de funcionamiento de un CUDI y acercarlo a su realidad. El programa permite identificar CUDI de calidad

C-1002

PLAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACREDITACIÓN PROFESIONAL EN UN ÁREA SANITARIA

FRAGOSO LUENGO, B.; POZO MUÑOZ, F. ; CORDOBA GARRIDO, L.; MONTOYA MOLINA, P.; NUÑEZ MONTENEGRO, A. Y MANTERO MUÑOZ, A. .
HOSPITAL DE ANTEQUERA - AGS NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Acreditación, Competencias,Profesionales

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realizó en un área sanitaria, durante el primer trimestre del año, estando implicados los responsables de las unidades clínicas y los directivos de las áreas de personal y de calidad.
Descripción del problema/necesidades.
La acreditación de profesionales rrepresenta un proceso complicado para los profesionales, debido fundamentalmente a las dificultades técnicas en el manejo de la herramienta informática (Mejora_P) junto a la falta de motivación por desconocimiento de los beneficios profesionales (vinculación acreditación/carrera profesional). Esto ha ocasionado un porcentaje relativamente bajo de profesionales acreditados. En enero de 2009, según la ACSA, el área sanitaria contaba con un total de 28 profesionales en fase de acreditación y 11 profesionales acreditados, sobre un total de 536 profesionales con posibilidad de acreditarse, lo que representaba un total del 7.26%. Este dato nos planteó la necesidad de elaborar un plan de acción que impulsara la acreditación de los profesionales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El Plan para la Implementación de la Acreditación Profesional se ha desarrollado por los directivos de las áreas de personal y calidad, durante el primer trimestre del año 2009. Las medidas han sido: 1.Elaboración y difusión “Manual de Ayuda para la Acreditación Profesional” 2.Elaboración y difusión “Guía Rápida de Acreditación Profesionales” 3.Revisión de circuitos de petición de informes/certificados 4.Talleres divulgativos en horario de formación continuada en Atención Primaria y Atención Hospitalaria 5.Creación de la unidad de asesoramiento para la acreditación profesional.
Resultados obtenidos.
El 1 de junio, un trimestre después de haber iniciado el Plan de Implementación, el número de profesionales en fase de acreditación asciende a 74 y los acreditados a 15, lo que supone que, sobre un total de 536 profesionales con posibilidad de acreditarse, el porcentaje se sitúa en un 16.60%. Este resultado representa una mejoría absoluta del 9.34% y una mejoría relativa del 43.73% respecto al mes de enero de este año.
Lecciones aprendidas.
Consideramos que cuando a un profesional se le facilita la gestión de la información necesaria así como la gestión de la propia herramienta informática, la motivación para acreditarse se ve incrementada y por tanto el impacto es positivo. Todas las medidas que se pongan en marcha para favorecer la acreditación de profesionales, aunque supongan un esfuerzo considerable, redundan de forma más o menos inmediata en la calidad de la asistencia que se presta a la ciudadanía, así como mejora el reconocimiento de los propios profesionales.

C-1003

IINDICADORES DE ACTIVIDAD DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL DE N NIVEL TERCIARIO

MARTÍN HERRANZ, ISABEL; FERNÁNDEZ GABRIEL, ELENA; RABUÑAL ÁLVAREZ, MARIA TERESA Y PORTA SANCHEZ, ANGELES .
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña CHUAC

Palabras Clave: Farmacia, Evaluación, Medicamentos, Indicadores, Actividad, Comisiones

RESUMEN

Contexto de partida.
El sistema de organización de comisiones clínicas es uno de los sistemas clásicos establecidos en el ámbito sanitario para la evaluación y aseguramiento de la calidad asistencial . Diferentes normativas desde el año 1972 han exigido la existencia de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) en los hospitales y han regulado sus competencias . El marco de su constitución se ha situado siempre en un entorno de asesoramiento de los órganos de dirección , siendo su principal objetivo la selección y monitorización de una FARMACOTERAPIA eficaz segura y eficiente.
Descripción del problema/necesidades.
En mayo de 2008 la CFT de nuestro hospital renovó su composición , incrementadose 2 nuevos miembros (total 16 miembros), al mismo tiempo que se facilitó el acceso de los residentes en periodo de formacion a la misma. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de los indicadores de actividad de la CFT durante los años 2007 y 2008.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo, con revisión retrospectiva de datos de actividad soluciones aportadasde funcionamiento de la CFT en los años 2007 y 2008. Fuente de datos: actas de la CFT y registros relacionados del Servicio de Farmacia .
Resultados obtenidos.
1/ Indicadores de convocatoria : numero de reuniones 12 (año 2007) y 11 (año 2008) . Media asistentes por reunión : 7,5 (año 2007) y 9,8 (año 2008). Porcentaje medio de asistencia : 60% (año 2007) y 67 % (año 2008) . Numero de puntos del orden del día / convocatoria : 5,92 (año 2007) y 6,59 (año 2008) . Porcentaje de puntos del día revisados / convocatoria: 87,32% (año 2007) y 64,18% (año 2008).
2/ Indicadores de actividad en la Evaluación de nuevos medicamentos : numero de medicamentos evaluados : 17 (año 2007) y 16 (año 2008) . Porcentaje de medicamentos incluidos en la guía Farmacoterapéutica (GFT) : 70% (año 2007) y 87%(año 2008). Numero de protocolos farmacoterapéuticos impulsados desde la CFT : 3 (año 2007) y 2 (año 2008).
Lecciones aprendidas.
La CFT hospitalaria realiza una intensa actividad puesta de manifiesto por el elevado número de convocatorias y temas tratados. Durante el año 2008 se mejoraron los indicadores de número de asistentes y porcentaje medio de asistencia. El % de puntos del orden del día revisados por convocatoria indica que debe incrementarse la frecuencia de convocatoria. Dada la importancia de la actividad que desempeña la CFT, la direccion de potenciar y facilitar las actividades de la misma.

C-1004

DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS Y DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

MONTE PUJOL, M.D.; MARTÍN RUBIO, M.M.; ADELL VIDAL, N. Y SERRA PASCUAL, JOSEP.
Hospital Comarcal Mora d´Ebre

Palabras Clave: Competencias Enfereria, Capacitación

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en una unidad de hospitalización de un hospital comarcal que cuenta con 36 camas para la cobertura de las cuales, hay 12 enfermeras, 9 auxiliares y 1 supervisora. Los profesionales implicados fueron 17 enfermeras que se evaluaron y la supervisora que fue evaluadora.

Descripción del problema/necesidades.

Por la falta de profesionales y nuestra situación geográfica, nos vemos en la necesidad de incorporar enfermeras recién diplomadas y de otros países, por lo que se realiza una gestión de personal con gran variabilidad y movilidad de profesionales en los servicios. Esto, creó la necesidad de buscar una herramienta que permitiera medir la capacitación de los mismos y que sirviera de motivación dándoles la posibilidad de realizar una formación según sus necesidades. El trabajo tubo como fin el optimizar, a nivel individual y de la organización, la efectividad de la actuación de sus profesionales, buscando garantizar una asistencia segura y de calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras búsqueda bibliográfica y junto con documentación propia del centro se diseñó el documento de competencias técnicas y de conocimientos, las de actitud ya se evaluaban, que deberían tener las enfermeras de la unidad. Se realizó una parrilla de evaluación, cuyas puntuaciones iban del 1 (mínimo) al 4 (máximo=excelencia). Para su validación se hizo una prueba piloto con 3 enfermeras con diferentes niveles de carrera profesional. Se explicó el documento a las enfermeras y se informó de la sistemática de evaluación, realizándose posteriormente la evaluación.

Resultados obtenidos.

Se evaluó el 100% de enfermeras de la unidad. Antigüedad: 35,3% tenía menos de 5 años de experiencia (grupo A); 35,3% entre 5 y 10 años (grupo B); y 29.4% tenía más de 10 (grupo C). El 65% eran suplentes y el 35% eran fijas. En los resultados de las evaluaciones del grupo A se dio un claro predominio de puntuaciones 2 y 3; en el grupo B predominó el 3, si bien hubo algún 4 y 2; y, en las del grupo C predominó el 3 y 4. En cuanto a la cantidad de números 1,2,3 y 4, se dio que a mayor experiencia menos valores inferiores (1,2) y viceversa.

Lecciones aprendidas.

Se observó una clara tendencia a valores altos si bien se dio diferencia entres niveles. Se vio la necesidad de poner nivel mínimo exigible en alguna de las competencias. Se detectaron competencias repetidas; alguna poco clara lo que llevó a una nueva revisión del documento, el cual ha servido para conocer la capacitación y detectar áreas de mejora tanto individual como grupales. Conocer las competencias del personal facilita la cobertura de los turnos y garantiza los cuidados.

C-1005

RECURSOS, IMPACTO Y ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL PORTAL WEB DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.

ESCOBAR UBREVA, A.; FERNÁNDEZ BERMEJO, MC.; BUIZA CAMACHO, B.; FERNÁNDEZ LÓPEZ, S. Y FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J..
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Palabras Clave: Acreditación, Portal web, Evaluación, Comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.

Esta experiencia, desarrollada dentro del Sistema Sanitario Público Andaluz, describe una evaluación de los recursos informativos, impacto de visitas de usuarios y los estándares de calidad en el portal web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Descripción del problema/necesidades.

Una página web como herramienta de comunicación permite acercarse de manera directa a usuarios localizados en cualquier lugar y proporcionar información detallada y específica de los productos y servicios que desarrolla una empresa y actualizarlos constantemente.

La Agencia de Calidad Sanitaria ha contado, desde su creación en el 2002, con tres versiones distintas de su portal web, publicadas en 2003, 2005 y 2008. Esta comunicación analiza la evolución que ha tenido este portal como herramienta de comunicación y el impacto de visitas según los recursos que ofrece y su relación con el Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias que se promueve desde la Agencia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El impacto de visitas en las distintas versiones del portal se midió a partir de un análisis longitudinal descriptivo donde se comparó las visitas recibidas durante el mismo periodo de tiempo en los años 2004, 2007 y 2009.

Para medir las necesidades informativas del portal, se realizó un análisis cualitativo sobre los contenidos ofrecidos en las tres versiones del mismo, destacando secciones como “Programas de Acreditación”, “Herramientas” y “Noticias”.

El cumplimiento o no de los 23 estándares de calidad que conforman el Programa de Acreditación de Páginas Web se evaluó en cada una de las versiones del portal.

Resultados obtenidos.

El número de visitas al portal había incrementado con respecto a la información proporcionada en cada versión, teniendo en cuenta la evolución de la actividad y el crecimiento de recursos de la Agencia. (Comparando el periodo enero-mayo de los años 2007 y 2009, se apreció un crecimiento de un 38,8%).

El cumplimiento de estándares web también había aumentado al tenerse en cuenta el Programa de Acreditación en el diseño de las últimas versiones del portal. En la versión de 2008, se cumplía el 100% de los estándares esenciales.

Lecciones aprendidas.

Un portal web es una herramienta en constante evolución, que va acorde con los intereses de la entidad que los diseña y que debe tener siempre presente a los usuarios a los que se dirige. En particular, el portal de la Agencia debe cumplir rigurosamente con los estándares establecidos en su Programa de Acreditación de Páginas Web y servir como punto de referencia.

C-1006

LA DIVERSIDAD DE PÁGINAS WEB SANITARIAS COMO CONDICIONANTE A LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD

FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J. Y ESCOBAR UBREVA, A..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Palabras Clave: Acreditación-Programas, Evaluación, Internet

RESUMEN

Contexto de partida.
La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, atendiendo a la perspectiva actual que presenta internet con el crecimiento vertiginoso de sitios web y servicios que pueden ofrecer, diseñó un Programa de Acreditación para garantizar la confianza de los usuarios de dichas páginas. Este programa estaba orientado a involucrar a las Administraciones Públicas Sanitarias, cuyas páginas web deben ofrecer contenidos fiables avalados por estándares de calidad, basados en la presentación de la información, autoría, actualización, credibilidad, política editorial, confidencialidad, etc.
Descripción del problema/necesidades.
Desde su inicio, las páginas web sanitarias que han pasado por el Programa de Acreditación, presentaban una clara diversidad en cuanto a los contenidos y temática que ofrecían, el tipo de entidades en las que se encuadraban, público, fuentes de financiación, idiomas, etc. Esa diversidad supuso una dificultad a la hora de clasificar las páginas según criterios generales.
Los resultados del programa de acreditación no reflejaban la casuística particular de cada página web, contando con criterios de evaluación generales que podían aplicarse en algunos casos particulares y faltando estándares específicamente dirigidos a problemáticas concretas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se reformularon las estrategias iniciales de este Programa para poder atender a la diversidad de la demanda. Se delimitó mediante un análisis de tipo cualitativo, qué valores dentro de la diversidad se querían tener en cuenta: público objetivo, limitaciones idiomáticas, temática, tipo de institución, presentación de contenidos.
Además se incluyeron niveles de acreditación, criterios opcionales y distintos ámbitos de aplicación dentro del programa.
Resultados obtenidos.
Con esta nueva perspectiva ha sido posible abarcar un mayor número de páginas web sanitaria, atendiendo a sus características particulares y obtener una mayor calidad en la información que ofrecían, redundando en una mayor confianza de cara al ciudadano.
Lecciones aprendidas.
Resulta difícil abarcar dentro de un Programa de Acreditación de estas características todo tipo de páginas web de contenido sanitario por lo que es necesario establecer ciertas restricciones, ámbitos y casuísticas específicas dentro del alcance del Programa.
Igualmente, este Programa de Acreditación no se puede plantear como algo cerrado, sino que debe ir respondiendo a nuevas necesidades informativas que ofrece Internet, en constante evolución, teniendo que estar preparado para hacer frente a estas circunstancias, desde la mejora continua y de calidad en su diseño.

C-1007

ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS FORMATIVOS EN ANDALUCÍA

*MUÑOZ CASTRO, FJ.; CENTENO ASTUDILLO, J.; LÓPEZ DE LIS,C.; PERIÑAEZ VEGA, M.; VILLANUEVA GUERRERO, L. Y VALVERDE GAMBERO, E..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: Calidad, Formación Continuada, Programas Formativos

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde el año 2008, desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía), se implanta un nuevo proceso para acreditar la Formación Continuada (FC): Acreditación de Programas formativos. Este proceso, junto al de actividades (común en toda España) y al de entidades formativas, constituye el Programa Integral para la Acreditación de esta formación en Andalucía.
Descripción del problema/necesidades.
Ante la necesidad demandada por los usuarios, de instaurar un modelo de acreditación para las actividades con un mismo objetivo en una única solicitud, se desarrolla un nuevo proceso de acreditación: Programa de actividades, con un herramienta informática que permite desarrollar contenidos dinámicos y adaptados a las necesidades profesionales e institucionales.
Desde la puesta en marcha del proceso un total de 198 programas para los que se ha solicitado la acreditación y que están constituidos por cerca de 1.000 actividades. El objetivo de este estudio es comparar los resultados en calidad de las actividades que forman parte de una programa y las que no.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realiza un análisis descriptivo, comparativo de la mejora de la calidad, en las actividades formativas evaluadas por la Agencia, mediante los dos procesos de acreditación, en el total de las actividades acreditadas desde Marzo de 2008 hasta Junio de 2009. Las variables a estudiar han sido el número de actividades acreditadas, la valoración cualitativa media (CCL) con una valor mínimo de 1 y máximo de 2,8, y los porcentajes de cumplimiento de los estándares de calidad en los criterios: finalidad, objetivos, metodología, evaluación, selección, y estructura.
Resultados obtenidos.
La valoración de la calidad de una acción formativa obtiene mayor puntuación al integrarse junto a otras en un programa formativo. (CCL Medio en actividades que forman parte de un programa = 2,08; CCL Medio actividades no vinculadas a programas = 1,78). Los resultados en la evaluación de los criterios reflejan una mejora de la calidad en todos ellos siendo más significativa en finalidad, evaluación y selección de los profesionales de la formación.
Lecciones aprendidas.
La acreditación de las actividades de formación, como actividades integradas en un programa formativo, obtiene una valoración cualitativa más alta que aquellas que se acreditan como actividades independientes.
El proceso de acreditación de las actividades como Programa de Formación Continuada favorece la planificación, desarrollo y evaluación continuada de las actividades como herramienta para la mejora del desarrollo profesional continuo.

C-1008

EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA FORMACIÓN ACREDITADA POR LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

LÓPEZ DE LIS,C.; PERIAÑEZ VEGA, M.; MUÑOZ CASTRO, FJ.; VILLANUEVA GUERRERO, L.; VALVERDE GAMBERO, E. Y CENTENO ASTUDILLO, J..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: Impacto, Evaluación, Formación

RESUMEN

Contexto de partida.

En Andalucía y en el ámbito sanitario, la Formación Continuada (FC) es un instrumento al servicio de la mejora y de la eficiencia en la prestación sanitaria. De ahí que la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, a través de los elementos de calidad definidos en el Manual de estándares para la acreditación de la FC, diseñe un proceso integral que pretende impulsar la evaluación del impacto.

Descripción del problema/necesidades.

Para poder evaluar la calidad de la formación, es necesario que la formación se adapte a las necesidades de los individuos y la necesidades organización; que se desarrolle adecuadamente mediante la consecución de los objetivos previstos, y resulte eficaz, eficiente y rentable. Muchos autores han desarrollado modelos de evaluación desde esta perspectiva, con distintos resultados. Dichos modelos hacen referencia a distintos tipos de evaluación, dentro de los cuales se encuentra la evaluación del impacto que permite identificar los efectos reales que la formación tiene en la organización y determinar los beneficios que aporta para el logro de los objetivos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los diferentes modelos de evaluación publicados en los últimos años, que ha permitido analizar el desarrollo del concepto de la evaluación del impacto, comparar los modelos con el que se utiliza en la Agencia, y valorar la adecuación de la conceptualización de dicha evaluación en los procesos de acreditación. En los procesos de acreditación desarrollados por la Agencia, se entiende necesario diferenciar entre la evaluación de la calidad de las características y del desarrollo de la formación y la evaluación del impacto (incidencia).

Resultados obtenidos.

Es esencial identificar de forma clara y medible los objetivos generales que van a permitir dar respuesta al propósito de la actividad (incidencia), estableciendo el punto de partida del problema (indicador inicial) al detectar la necesidad formativa así como, establecer herramientas, criterios de medida e indicadores finales que aporten información objetiva sobre los cambios que se han producido.

Lecciones aprendidas.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, pretende impulsar la evaluación del impacto de la formación continuada, entendiéndola como “el proceso que permite comprobar si se ha cubierto el propósito o incidencia esperada con el desarrollo de la formación en la organización, la asistencia, en el desarrollo profesional y, sobre todo, en la atención al ciudadano”.

C-1009

ANÁLISIS DEL LIDERAZGO ENFERMERO EN LA FUNCIÓN DIRECTIVA

HÉCTOR CANTERO CARRASCOSA; PILAR GILI I CABALLERO; DOLORS LLORENS I BASSES; LENA FERRÚS I ESTOPÀ Y ANNA RIERA I DOMÈNECH.
UNIÓ CATALANA D’HOSPITALS

Palabras Clave: Enfermería, Liderazgo, Evaluación, Dirección, Indicadores

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo fue realizado por el área técnica de la Unió Catalana d’Hospitals, asociación empresarial del sector sanitario y social de Cataluña, conjuntamente con los miembros del Consejo Técnico Asesor de Enfermería.

Descripción del problema/necesidades.

El Consejo de la profesión enfermera de Cataluña, aprobó el documento Liderazgo enfermero en la función directiva, en el que consensuó unos elementos sobre los que fundamentar el liderazgo profesional de la enfermería, personalizándolo en el rol directivo, las atribuciones y el liderazgo que debe ejercer la figura de la Dirección de enfermería. Estos elementos se acaban concretando en la formulación de 15 conclusiones incluidas en tres dimensiones: la función directiva, el marco normativo y el liderazgo. La Unió CatalAna d’Hospitals se comprometió con los representantes del Consejo de la profesión a elaborar un análisis a partir del cual se pueda hacer un seguimiento del estado de situación en relación a las recomendaciones emanadas del Consejo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñó un cuestionario con preguntas relacionadas con el ámbito de actuación, pertenencia y rol en el comité de dirección, autonomía en la toma de decisiones directivas, sistemas de dirección y de gestión y evaluacuión y retribución vinculadas a resultados. Las direcciones de enfermería fueron las encargadas de dar respuesta al cuestionario. El universo correspondió 30 instituciones hospitalarias, sociosanitarias, de salud mental y de atención primaria. El proyecto ha tenido tres fases:Elaboración, diseño y validación de la herramienta, Estudio de campo y Elaboración del informe y discusión colectiva de sector.

Resultados obtenidos.

Las conclusiones fueron cotejadas con las 15 recomendaciones del Consejo de la profesión, observando el nivel de desarrollo e implantación que cada recomendación tenía en los diferentes aspectos de la función directiva que se midieron.
El resultado permite establecer un marco técnico para impulsar la incuestionable contribución de las enfermeras a la gestión de los servicios de salud a todos los niveles, y adecuar su liderazgo a las realidades actuales y futuras del entorno sanitario.

Lecciones aprendidas.

Hemos constatado que las direcciones de enfermería participan en ámbitos diversos: desde el desarrollo continuado de las políticas de salud, a la gestión eficiente de las organizaciones sanitarias, a la vigilancia y control de la calidad y de la seguridad de la asistencia, a la innovación en la práctica asistencial, y a la evolución de la práctica profesional.

C-1010

HOSPITAL DE DÍA OBSTÉTRICO: UNA APUESTA POR LA AMBULATORIZACIÓN EN EL COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

RUBIAL BERNARDEZ, F.; GONZÁLEZ TABOADA, L.; CARRERAS VIÑAS, M.; FREIRE PÉREZ, B.; MOLINA COLL, P. Y FERNÁNDEZ EROLES, A.L..
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

Palabras Clave: Ambulatorización, Hospital de Día, Obstetricia

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio fue realizado en el Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), y analiza el impacto de la puesta en marcha de un hospital de día obstétrico sobre la actividad global del área, especialmente en hospitalización. Esta estructura asistencial se constituyó bajo la coordinación de personal enfermero especializado (matronas), y permitió asumir ambulatoriamente actuaciones asistenciales que hasta el momento requerían de hospitalización.
Descripción del problema/necesidades.
El área sanitaria de Santiago ronda los 400.000 habitantes residentes en núcleos de población dispersos y de predominio semiurbano. De ellos más de 85.000 son mujeres de entre 15 y 45 años. Anualmente en el CHUS se atienden cerca de 3.000 partos, por lo que la atención obstétrica constituye una de las principales lineas de producción del Centro, generando más del 11% de los episodios de hospitalización y en torno al 4% de las estancias. De entre todo ese volumen asistencial, se constató la existencia de un elevado número de hospitalizaciones motivadas por técnicas y procedimientos ambulatorizables (monitorizaciones, etc.), y que se correspondían con un gran número de episodios clasificables en los GDR 383, 384 y 467, altamente inespecíficos y de baja complejidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Todo el personal facultativo del Servicio fue instruído en la necesidad de ordenar la atención obstétrica, evitando los ingresos urgentes para actividades e programables y utilizando el hospital de día como parte nuclear del seguimiento pre-parto de las gestantes. Así mismo se instruyo a las matronas tanto del hospital como del área, a fin de implicarlas en la transmsión de confianza a las usuarias.
Resultados obtenidos.
Los resultados obtenidos en los primeros 6 meses de funcionamiento muestran un total de 714 usuarias atendidas, una reducción de los episodios de hospitalización -a expensas fundamentalmente de lo GDR 384, 383 y 467- que ronda el 14%, sin haberse detectado un incremento de la Estancia Media, que se mantiene invariable a expensas de la homogenización paralela de los distintos procesos asistenciales. Asímismo se ha constatado un incremento del peso medio, que pasa de 0,63 a 0,66.
Lecciones aprendidas.
Al igual que ocurre en otras áreas asistenciales, en Obstetricia resulta efectiva y eficiente la apuesta por la ambulatorización de los procesos, siendo el Hospital de Día el lugar idóneo para su abordaje. Para ello es preciso implicar tanto a obstetras como a matronas. Las resistencias por parte de las gestantes son inexistentes, y es constatable la satisfacción que experimentan al no requerir de hospitalización para su manejo.

C-1011

RECOMENDACIONES PARA LA COMUNICACIÓN DE ESTUDIOS SOBRE MEJORA DE LA CALIDAD

RUBIO GARCÍA, A.; GUIJARRO RODRÍGUEZ, J.L. Y MIÑARRO DEL MORAL, R.M.. DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA

Palabras Clave: Mejora de la Calidad, Escritura científica

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado por un grupo de trabajo interdisciplinar de Atención Primaria y Hospitalaria de la provincia de Córdoba
Descripción del problema/necesidades.
En la práctica diaria muchos profesionales llevan a cabo iniciativas de las que podrían beneficiarse otros compañeros o que serían de utilidad en otros ámbitos. Sin embargo, existen barreras para que comuniquen estas actuaciones. No todos los profesionales cuentan con formación en Metodología de la Investigación o en Escritura como para sentirse seguros de cara a realizar sus aportaciones y, en ocasiones, la propia actividad constituye un freno, por la limitación de tiempo, para la elaboración de o comunicaciones científicas. Algunos colectivos incluso tienen dificultades para valorar la utilidad de sus propias iniciativas. Con objeto de elaborar una guía sencilla para la elaboración de comunicaciones científicas se revisan las recomendaciones para la publicación de estudios sobre mejora de la calidad de los últimos 10 años.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó una revisión bibliográfica de los últimos 10 años en Medline con las siguientes
Palabras Clave: “Guidelines as Topic”, “Publishing” y “Quality of Health Care”, limitando la búsqueda a artículos de revistas importantes. Se refinó la búsqueda enfocándola a estudios sobre mejora de la calidad y se localizaron otros recursos a partir de la revisión manual de las referencias de los artículos identificados.
Resultados obtenidos.
Se identificaron 129 artículos. En los últimos años han aparecido diversas guías de publicación enfocadas a diseños de investigación específicos como Ensayos Clínicos Controlados (CONSORT y derivadas), Estudios Observacionales (STROBE y derivadas), Revisiones Sistemáticas (PRISMA), etc.., que han tenido eco en las publicaciones de habla hispana. En el caso de los estudios sobre mejora de calidad se identificaron dos iniciativas de recomendaciones para la publicación: la Estructura de Informe de Mejora de la Calidad (Moss, F. et al, 1999), y los Estándares para la Excelencia en Informes de Mejora de la Calidad (Davidoff, F. et al, 2008). No se ha localizado ninguna referencia en español a estas iniciativas en IME-CSIC o Scielo. Partiendo de estas recomendaciones se ha elaborado una guía en castellano para la preparación de comunicaciones científicas sobre estudios de mejora de la calidad.
Lecciones aprendidas.
La disponibilidad de una guía en español puede eliminar algunas de las barreras para la difusión de experiencias sobre mejora de la calidad, particularmente en ciertos colectivos. Resulta llamativo el escaso eco que estas iniciativas están teniendo en nuestra bibliografía.

C-1012

ISO 9001:2000: SINERGIAS ENTRE UNIDADES PARA TRAMITAR Y NOTIFICAR QUEJAS Y RECLAMACIONES DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO

SALDAÑA,R; HERNÁNDEZ,C; CARRASCOSA, AJ; BOUZO,N; CORREAS,B Y CARRERO, A.
HOSPITAL 12 OCTUBRE

Palabras Clave: ISO 9001:2000.Redefinicion de Procesos, Aprovechamiento de Recursos

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el H. 12 de Octubre en el entorno de una Unidad de Dolor Agudo (UDA) ISO: 9001-2000. Los profesionales involucrados fueron los anestesistas de la UDA y los integrantes de la Unidad de Atención al Profesional Sanitario (UIAP) y al paciente.

Descripción del problema/necesidades.

La norma ISO 9001:2000 exige disponer de métodos eficaces de seguimiento de la información del cliente relativa a su percepción del cumplimiento de sus requisitos. En este sentido, la certificación ISO 9001:2000 en referencia al control y seguimiento del dolor postoperatorio severo obligó a diseñar un servicio de mantenimiento del sistema de información y evaluación de todas las sugerencias, quejas y reclamaciones enviadas por los pacientes y profesionales en relación con la asistencia recibida.No obstante, el personal sanitario dispone de unidades como la UIAP que informan y tramitan asuntos administrativos, jurídicos y laborales. Asimismo, el paciente dispone de un Servicio de Atención que mejora la calidad de los servicios. Ello implica la duplicación métodos de comunicación relativos a la realimentación del cliente, incluyendo las sugerencias, quejas y reclamaciones.

El objetivo del proyecto es adecuar el desarrollo de los procesos involucrados en la tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones del dolor postoperatorio severo con el fin de optimizar la comunicación interna según la norma ISO 9001:2000.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.Análisis de los métodos de obtención de la información relativa a la satisfacción del cliente en las tres Unidades.2.Redefinición de los procesos relacionados con la tramitación de las sugerencias, quejas y reclamaciones relacionadas con el seguimiento y control del dolor postoperatorio en las Unidades: entradas al proceso priorizando la petición online, criterios e indicadores comunes, gestión de las quejas formuladas.3.Diseño de un sistema de información y evaluación de las incidencias.4.Elaboración de un plan de recogida de datos.5.Implantación del procedimiento establecido intrahospitalariamente.

Resultados obtenidos.

Mejora en la identificación y trazabilidad de la información relativa a su percepción del cumplimiento de los requisitos.Mejora de la comunicación inter e intradepartamental.Mejora en el conocimiento de los objetivos de las unidades por parte del personal sanitario

Lecciones aprendidas.

La sinergia entre Unidades que gestionen procesos contribute en la dinámica de la mejora continua Es fundamental el papel de la UIAP y del paciente como elemento de mejora de la comunicación interna de un área sanitaria

C-1013

IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN INACEPS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIV DE LA RIBERA (ALZIRA)

ARNAU PLAZA, T; CANDEL ROSELL, M; AZNAR ARTILES, YAIZA ; BURDEOS PALAU, ELENA ; CUESTA PEREDO, D Y QUIROS MORATO, T.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA

Palabras Clave: sistema, gestión, calidad asistencial, implantación, acreditación

RESUMEN

Contexto de partida.

Se desarrollo en el departamento de Hemodiálisis del Hospital de la Ribera en Alzira (Valencia), tanto médicos, enfermeras como auxiliares, con la implicación de otros departamentos, como recursos humanos, servicios generales, etc. y Dirección.

Descripción del problema/necesidades.

Se quería implantar un modelo de acreditación basado en el Manual de acreditación de Servicios de Hemodiálisis de INACEPS (Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias). Este modelo promueve la excelencia en la calidad y fomenta la mejora continua de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. El centro ya había realizado 2 autoevaluaciones por el modelo EFQM y esta certificada en 8 areas en ISO 9001.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se llevó a cabo a través de una plataforma donde se accede al manual de acreditación, cumplimentando cada uno de los criterios establecidos. En el Hospital se formo un grupo de trabajo que lideraba el Jefe del Servicio y el Resp. de Calidad. Durante unos meses se trabajo en la revisión de los criterios, la elaboración de documentación e implantación del sistema. Enero de 2009 se realizó la auditoría externa por parte de INACEPS.

Resultados obtenidos.

El principal efecto inmediato fue el establecimiento de una mayor cohesión grupal de todos los trabajadores del Servicio. Si bien no todos los subgrupos de trabajo resolvieron adecuadamente sus respectivos problemas, sí se generó (y/o reforzó) una filosofía de calidad. La aparición de nuevas necesidades, una vez establecidos los subgrupos, fue inmediata; aunque no todas ellas fueran del marco de competencia de la acreditación. Se dio uniformidad al Servicio, en temas de actuaciones y procedimientos. Como resultado final de la auditoría, la puntuación final obtenida fue de Nivel de Excelencia (>700 pts).

Lecciones aprendidas.

La autovaloración nos hizo conscientes tanto de la cantidad de parámetros y procedimientos que usamos en la práctica clínica diaria, como de nuestro proceder correcto y adecuado en la mayoría de muestras actuaciones. El “ego” del Servicio salió enormemente reforzado. La necesidad de promoción-interna y externa-de nuestro modo de proceder.Lo que no se cuenta, no se conoce. Y hay que empezar contándonos a nosotros mismos qué hacemos y cómo lo hacemos para hacernos conscientes de nuestro trabajo, (para bien y para mal). A pesar de la planificación adecuada por parte del organismo acreditador, con un calendario programado teóricamente factible, siempre existió cierta precipitación por nuestra parte. Muy positivo a nivel grupal, en el sentido de generación y refuerzo de las estrategias de calidad.

C-1014

LA ACREDITACIÓN, UNA CARRERA DE FONDO

OMEÑACA TERÉS, MANUEL; EGIDO LIZÁN, PILAR; VELA MARQUINA, M.LUISA; PALACIAN RUIZ, PILAR; MONFORTE CIRAC M.LUISA Y REVILLO PINILLA M. JOSÉ.
HOSPITAL

Palabras Clave: ISO 15189 Acreditación

RESUMEN

Contexto de partida.
Describir el proyecto de implantación de la norma ISO 15189 desde el inicio del proyecto en el Servicio de Microbiología del HUMS hasta la solicitud de la acreditación a ENAC Este proyecto se enmarca en un objetivo de SALUD para acreditar a los laboratorios de los hospitales de la comunidad autónoma
Descripción del problema/necesidades.
Desarrollo de un proyecto de mejora de la calidad asistencial Desarrollar un sistema que, permiten compara los resultados emitidos por el laboratorio con los de otro laboratorio acreditado, según unas directrices internacionales
Desarrollo y soluciones aportadas
En el año 2006, el Laboratorio de Microbiología inicia un proyecto de implantación de un sistema de mejora de la calidad, basado en la Norma UNE-EN ISO 15189 como parte del proyecto del Hospital y del Servicio Aragonés de la Salud.
Octubre 2006
Definición del alcance (técnicas a acreditar) y elección del responsable técnico.
Año 2007 Elaboración de procedimientos y formatos en tres niveles
Nivel I Documentación general de SALUD Nivel II Documentación del hospital Nivel III documentación del laboratorio Cada nivel es realizado y revisado por el responsable técnico y responsable de calidad.
Año 2007 -2008 Formación al personal incluido en el alcance
Implantación del sistema de calidad -Registros de todos los ítems contenidos en los formatos -Implantación de controles de calidad internos y externos -Actualización de los curricula del personal del alcance -Cualificación de las personas de nueva incorporación -Planificación de objetivos de calidad -Evaluación de indicadores de calidad Publicación de la documentación vigente en la intranet del SALUD Realización de auditorías internas para la detección de no conformidades.
Año 2009 Revisión por la dirección
Resultados obtenidos.
Envío de la documentación y solicitud de la acreditación a ENAC. Realización de la auditoría externa con revisión del sistema de calidad y el desempeño técnico Recepción del documento de NO CONFORMIDADES y observaciones de ENAC Elaboración de un plan de acciones correctivas (AC). Remisión de las AC y las evidencias de su realización
Lecciones aprendidas.
La integración en un proyecto de SALUD ha reforzado el cambio de filosofía de trabajo y ha sido clave en el mantenimiento del proyecto La formación ha conseguido un cambio de actitud y cultura en el personal implicado en la acreditación. El sistema de gestión de la calidad se valora como una herramienta útil de trabajo, por lo que se demanda su continuidad y extensión en el resto del laboratorio desde la unidad responsable del alcance

C-1015

PUESTA EN MARCHA DE UNA WEB DOCUMENTAL EN EL HOSPITAL PUERTA DEL MAR

MONROY MORCILLO, A; JIMÉNEZ ÁLVAREZ, T; RUIZ ACOSTA, A; QUINTERO GONZÁLEZ, C Y RODRÍGUEZ ZAMORA, M A.
Hospital Universitario Puerta del Mar

Palabras Clave: Web, Documentos, Comunicación, Intranet

RESUMEN

Contexto de partida.
La unidad de Calidad y el Servicio de Informática del Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM) han elaborado una WEB documental con los distintos sistemas documentales de los programas de gestión de Calidad.
Descripción del problema/necesidades.
Con motivo de la inclusión sistemática de programas de gestión de la Calidad en el HUPM Mar, se generaron amplios sistemas documentales. Para la consulta o utilización de documentos, los profesionales accedían a carpetas compartidas o a documentos archivados en Servicios. Consecuentemente se producía: baja declaración de eventos adversos; utilización de Consentimientos informados (CI) obsoletos en algunos Servicios, dificultad en la difusión y comunicación de nuevos documentos, aumento en el gasto de papel al recurrir a correo convencional, percepción por parte de los profesionales de dificultad en la comunicación etc.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado la publicación de los documentos en el portal del HUPM a través del Microsoft Office y un entorno WEB diseñado en nuestros servidores mediante carpetas, ficheros y enlaces. Para la inclusión/ modificación /eliminación de la documentación de manera ágil se incluye esta información y sus enlaces en hojas Excel, que una vez validadas son transformadas en formato HTML y publicadas nuestro Servidor Web. El sistema documental (Sist. Doc.) se divide en Sist. Doc. General del hospital, Sist. Doc. Medioambiental y Sist. Doc. de Servicios. El profesional navega visualizando el listado de documentos, que se despliega clasificado según áreas de los sistemas de calidad (CI; Historia de Salud; seguridad de pacientes; protocolos estandarizados en la práctica clínica; documentos relacionados con usuarios; herramientas de gestión de la calidad para Servicios; procedimientos para profesionales; estructura y equipamiento etc.). Además, para la declaración de eventos adversos y otros tipos de notificaciones, el sistema permite la cumplimentacilón impresos modo formulario.
Resultados obtenidos.
Actualmente la difusión de nuevos documentos se comunica a través de boletines informativos, vía email, informando de la localización en la WEB documental, de fácil acceso. La declaración de eventos adversos ha experimentado un aumento en los últimos meses desde la puesta en marcha de la WEB, así como la protocolización de procedimientos por parte de los Servicios.
Lecciones aprendidas.
La definición de un sistema documental, la permanente actualización del mismo y la comunicación con los profesionales es un requisito imprescindible para establecer cualquier programa de Gestión de la Calidad

C-1016

LA PREANALÍTICA O EL VIAJE A ÍTACA

EGIDO LIZÁN, PILAR; OMEÑACA TERÉS, MANUEL; VELA MARQUINA, M.LUISA; PALACIAN RUIZ , PILAR; MARCO LAMATA, M.LUISA Y REVILLO PINILLA, M.JOSÉ.
HOSPITAL

Palabras Clave: Preanalítica, Coordinación

RESUMEN

Contexto de partida.

El servicio de Microbiología del HUMS, en acreditación con la norma ISO 15189, realiza un registro de las incidencias de preanalítica detectadas en la recepción de muestras. En este proyecto participan un equipo multidisciplinar.

Descripción del problema/necesidades.

La Norma UNE EN ISO 15189 considera como objetivo asegurar que las actividades previas al análisis se realizan sin que influyan adversamente en los resultados El procesamiento de las muestras que llegan al laboratorio recogidas o transportadas de manera incorrecta puede conducir a un diagnóstico erróneo y un tratamiento inapropiado

Desarrollo y soluciones aportadas.

El laboratorio tiene la responsabilidad de •comunicar a sus clientes los criterios de obtención de muestras •fijar el tiempo y la temperatura de transporte y de conservación •verificar, en el momento de la recepción, el cumplimiento de estas condiciones. Por ello los objetivos de este trabajo son - Revisión del procedimiento de recepción - Realización de un estudio de incidencias, determinando su número, origen y gravedad Se realizó un procedimiento general de recepción de muestras dónde se definieron los criterios de incidencia La auxiliar de clínica comprueba en la ventanilla de recepción -En el volante datos relativos al paciente y la muestra -En la muestra identificación y condiciones de recepción La auxiliar administrativa introduce los volantes de solicitud en el ordenador y comprueba Datos del servicio o facultativo peticionario Si existe discrepancia con el nº de historia clínica Si faltan datos o existe discrepancia se considera una incidencia Se adoptó como Formato de incidencias el registro diseñado para el alcance de la a acreditación que constaba de los siguientes apartados Responsable, fecha, origen de la incidencia

Resultados obtenidos.

-Mejora de los procedimientos de recepción de muestras, a través de la revisión de éstos -Formación del personal de la fase preanalítica -Control de las incidencias introduciendo todas las muestras recibidas en el SIL -Las causas más frecuentes de rechazo fueron la incorrecta identificación - Los servicios que originan más incidencias fueron Centros de salud y de especialidades En el futuro se monitorizará el tiempo de transporte de muestras de cuatro servicios de hospitalización hasta el laboratorio

Lecciones aprendidas.

Es necesario mantener una comunicación fluida con los servicios peticionarios -Informándoles de la incidencia en el Informe de resultados. -Devolviendo las muestras mal identificadas -Manteniendo actualizados y disponibles los criterios de toma de muestras

C-1017

1ER PROCESO DE CERTIFICACION EN LOS DISTINTOS NIVELES DE CARRERA PROFESIONAL PARA LDOS Y DPDOS SANITARIOS DEL SAS

GÓMEZ GARCÍA, S; LÓPEZ MARTÍNEZ, C Y RAMOS CORDERO, C.
D.G. PERSONAL Y DESARROLLO PROFESIONAL. SAS

Palabras clave: carrera prof., Acreditacion, evaluacion desempeño, formacion, calidad, certificacion

Resumen

Contexto de partida.

El 1er proceso de certificac en los distintos niveles de carrera profesional se ha realizado para los ldos y dpdos sanitarios del sas que han presentado su solicitud ante la dirección gerencia del centro, principalmente a partir del registro telemático. Dicho proceso ha implicado la participación de distintos agentes: profesionales y representantes de oo.Ss en calidad de miembros de las distintas comisiones (cvc y ccv), agencia de calidad sanitaria, dg calidad y gc, dg personal y dp

Descripción del problema/necesidades.

El proceso de certificación regula el acceso al modelo de cp del sas y la promocion y mantenimiento de niveles de carrera ya reconocidos. Dicho proceso implica que el profesional supera ciertos requisitos: - acreditacion de competencias profesionales - baremo de meritos, compuesto por 6 factores: crp, edp, formacion, docencia e investigacion y compromiso con la organizacion - otros: estatutario fijo en la categoria, estar en activo, años permanencia

Desarrollo y soluciones aportadas.

1- acciones previas a evaluacion: -resolucion que regula soluciones aportadas el proceso y determina los periodos de tramitacion de solicitudes; - consideraciones de funcionamiento de las cvc 2- ppales fases: - recepcion de solicitudes, tramitacion y comunicacion a cada centro de la informacion necesaria para la correcta evaluzacion de sus profesionales: certificacion acsa, acreditacion dgcygc, puntuacion crp y edp ultimos 5 años y media 3 mejores; - constitucion cvc (categoria/especialidad)/ baremacion/propuesta, verificacion por ccv/listados provisionales/alegaciones/resolucion definitiva

Resultados obtenidos.

Se valoraron 341 solicitudes (datos provisionales) - dpdos: 151. 65 A certificar. 86 A excluir - ldos: 190. 108 A certificar. 82 A excluir motivo de exclusión más frecuente: no estar acreditado por el organo competente durante el proceso surgen nuevas necesidades y problemas

Lecciones aprendidas.

Considerar información, comunicación y formacion facilitada: cuanta, cuando, a quien mantener reunion presencial previa a la evaluación con presidentes/secretarios cvccrear un foro/comunidad virtual durante el período deevaluación elaborar flujograma del proceso (guia de tramitacion) y difusion resumir diferencias acceso via excepcional/ordinaria

Trabajar los ss.Ii para agilizar el trasvase y explotación de informacion pertinente elaborar documentos modelo que faciliten y homogenicen: solicitud, alegaciones, etc automatizar (dentro de posibilidad normativa) algunos pasos proceso global intentar sincronizar procesos de los distintos agentes implicados. Mejorar informacion pagina web respecto a cp: hacer amigable e intuitiva

C-1018

"EL PAPEL DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS"

MILAGROS BERNAL MEDINA; MARÍN TEJERO MARÍA; MONTERO CAMAS, DOLORES; RIOBOO ZAMBRANO, MARÍA; LÓPEZ ALBIOL, MANUELA Y REYES GAMAZA, VICENTE.
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Personalización, Competencias, Auxiliar de Enfermería, Ciudadano

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Unidad de Patología de Mamaría del Hospital Puerta del Mar de Cádiz Todos los profesionales de la Unidad de Gestión

Descripción del problema/necesidades.
Durante años las aportaciones de las auxiliares de enfermería en la mejora de la calidad a los pacientes han ido realizándose de manera informal a través de sugerencias a los cargos intermedios, y de manera más formal en las reuniones de equipo, sin tener una participación más activa.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras iniciar el proceso de Acreditación de la Unidad (2005-2008) las auxiliares han realizado numerosas aportaciones, de manera más activa, formando para ello grupos de trabajo, a partir de los cuales se han desarrollado protocolos que han mejorado la calidad asistencial de nuestras pacientes involucrando al resto de profesionales que forman la unidad.

Resultados obtenidos.
Desde los grupos de trabajo las auxiliares de enfermería nos hemos reunido para elaborar procedimientos que sean útiles para la realización de un plan de acogida al paciente, documentación al ingreso, guía del usuario y de nuestro servicio. El plan de acogida fue presentado al resto del equipo multidisciplinar y consensuado. Cuando se recibe a un paciente, el profesional se presenta con nombre y categoría, se le acompaña a la habitación, le ponemos pulsera identificativa y colocamos en el cabezal de la cama tarjeta con el nombre del médico, enfermera y auxiliar referentes. Le presentamos al compañero si lo tiene, le indicamos cama, luces y cuarto de baño le entregamos pijama o camisón, vasos desechables, bolsa de aseo, se le pregunta por la dieta. Una vez acomodado, y en un lugar que preserve la intimidad, se le realiza valoración de enfermera.

Lecciones aprendidas.
Mejorar la calidad y responsabilidad implicándonos todos los profesionales siendo el proceso de acreditación una potente herramienta incentivando a un grupo multidisciplinar. Nos ha servido para protocolizar acciones que han aumentado la satisfacción del usuario al poder sentirse cuidados de una manera más personalizada.

C-1019

APRECIAR Y RECONOCER LOS VALORES PROFESIONALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: LA CALIDAD DESDE EL PRINCIPIO.

BONAL PITZ, P.; CAMPA VALERA, F.; AGUAYO MALDONADO, J. Y IGLESIAS BONILLA, P..

Palabras Clave: VALORES PROFESIONALES, COMUNICACIÓN, RELACIÓN ASISTENCIAL

RESUMEN

Contexto de partida.
Actividades de la asignatura obligatoria de la FM de Sevilla "Medicina Familiar y Comunitaria". Se realiza un taller sobre "Comunicación y relación asistencial" para alumnos de 6º en los CS Bellavista y Alcalá de Guadaira, con la coordinación de la UD MFyC de Sevilla.

Descripción del problema/necesidades.
La actual formación de Grado de Medicina en España adolece de serias carencias docentes en casi todo sus aspectos, excepto en una reconocida y excelente formación teórica para contestar preguntas tipo test. Algunas de estas incomprensibles carencias son la capacitación en Habilidades de Comunicación, Relación Asistencial y Valores Profesionales. La calidad del sistema de salud no es ajena a estas carencias.
El grupo de docentes detectó que cuando se abordaba los aspectos de comunicación se encontraba un substrato no visualizado en ningún momento de la carrera que podía condicionar el comportamiento profesional ulterior. Aspectos tales como la "vocación", los motivos y valores que se tienen para estudiar medicina, o para ser médico eran los gran ausentes del Grado, con la importante trascendencia que esto implicará para el futuro profesional y que condiciona por ejemplo su posible inmunidad al "Bourn out".

Desarrollo y soluciones aportadas.
Para ello uno de los objetivos docentes del taller de Comunicación es que los alumnos reflexionen sobre los valores esenciales que les impulsaron a estudiar Medicina, que en general son esenciales para su futuro profesional y para su compromiso con la sociedad y con su profesión, siendo la actitud hacia la calidad del servicio de salud una parte importante de todo ello.
En grupos de alumnos (15-20), el profesor induce una fase de relajación/sofronización en la que se facilita encontrar los primeros recuerdos al respecto, los siguientes durante la carrera y finalmente visualizan futuro. Tras un debate sobre la experiencia los alumnos elaboran un informe de autorreflexión al respecto. Para que dicho informe pueda servir a otros alumnos y profesionales se ha creado un blog donde todos cuelgan sus reflexiones de forma anónima o no.

Resultados obtenidos.
Los resultados se visualizan en: http://estudiarmedicina.blogspot.com/

Lecciones aprendidas.
Los valores profesionales, la vocación, la actitud hacia la profesionalidad son las grandes ausentes de las Facultades de Medicina. Los lumanos de medicina están en un momento muy oportuno para reconocer en sus propios motivos para estudiar medicina las líneas básicas para ser un buen profesional y dar respuesta alas necesidades de la sociedad.

C-1020

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGÍA

GARRIDO ESTEBAN, S. (*); MARCOS MARTÍN, T.; LÓPEZ MARTN, E. Y MARTI USON, R.. Grupo Hospitalario Quirón

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
El OBJETIVO de mi comunicación en compartir los óptimos resultado obtenidos en la implantación desde el año 2008 de un programa de formación continua al personal de pediatría y neonatología de nuestro hospital (Hospital Quirón Madrid)
Descripción del problema/necesidades.
El programa de formación continua se inició debido a las necesidades que observamos en nuestro personal, en cuanto a déficit de conocimientos teórico-prácticos en algunos aspectos de la especialidad, y por otro lado, como método de estandarización del trabajo diario del equipo de enfermería, promoviendo así la implicación de enfermeras y auxiliares de enfermería en el desarrollo de procedimientos y descripción de cuidados, técnicas, manejo de aparataje, etc,…
Desarrollo y soluciones aportadas.
Las sesiones formativas se desarrollan siempre con una METODOLOGÍA activa y partiendo de un aprendizaje significativo. Cada sesión abarca un tema, tema que es preparado por la supervisora de la unidad tras una búsqueda bibliográfica, actualizaciones sobre el mismo y si se precisa incluso con la participación de un experto en el tema. Tras la exposición el equipo consensúa el procedimiento guiado por la supervisora y se envía al Departamento de Calidad del hospital para su aprobación por parte del Comité de Calidad y consiguiente implantación.
Resultados obtenidos.
Los RESULTADOS obtenidos con el este programa han sido gratamente satisfactorios, no solo porque la participación del equipo ha supuesto más de un 70%, sino que además su implicación en las sesiones formativas también merece ser destacada. Como resultado de las sesiones se han creado todos los procedimientos de enfermería de nuestras unidades y la unidad fue destacada como área de referencia del Sistema de Gestión de Calidad en todo el Grupo Hospitalario Quirón. Además, HQM dentro de su Plan de Gestión para el año 2009 ha extendido esta metodología al resto de las unidades.
Lecciones aprendidas.
Como CONCLUSIONES de nuestro programa podemos decir que: Consigue que el personal sea parte activa de su propio proceso formativo. Ha supuesto una mejora de la calidad asistencial al mejorar la formación del presonal Consigue la estandarización de procesos Es una fuente de información para detectar la necesidad en otras áreas de formación

C-1021

CALIDAD DE LA FORMACIÓN DESARROLLADA EN UNIDADES Y CENTROS DE FORMACIÓN CONTINUA.

CENTENO ASTUDILLO,J.; MUÑOZ CASTRO, FJ.; VILLANUEVA GUERRERO,L.; VALVERDE GAMBERO, E.; PERIAÑEZ VEGA,M. Y LÓPEZ DE LIS,C.. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: FORMACIÓN, CALIDAD, ACREDITACIÓN

RESUMEN

Contexto de partida.
El Programa Integral para la acreditación de la Formación Continuada (FC) de las profesiones sanitarias (PIAFC) persigue incidir sobre la formación ofrecida a profesionales del sistema sanitario aumentando la calidad de la misma. Analizar en este contexto la calidad de la formación desarrollada en Unidades y Centros de FC acreditados es elpunto de partida de este estudio realizado por profesionales del Área de acreditación de la formación continuada de la Agencia de Calidad Sanitaria.
Descripción del problema/necesidades.
Los tres subprogramas del PIAFC (Actividades, Programas de actividades y Unidades/Centros de formación) incluyen estándares y elementos de calidad relacionados entre sí. Esto significa que las mejoras identificadas, planificadas y puestas en marcha durante el proceso de acreditación de las entidades formativas influyen de modo directo en la mejora de la programación, diseño y desarrollo de sus actividades formativas y a la inversa. El objetivo de este estudio se dirige al análisis del impacto de la acreditación de Unidades y Centros de FC, sobre la mejora de la calidad en la planificación, desarrollo y evaluación de las actividades formativas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un análisis descriptivo del total de las acciones soluciones aportadas formativas diseñadas y desarrolladas por entidades, comparando el componente cualitativo (CCL) medio. La muestra estudiada está constituida por las actividades acreditadas desde Marzo de 2008 hasta junio de 2009. Las variables a estudiar han sido: CCL medio de las actividades con un valor mínimo de 1 y máximo de 2,8; CCL medio obtenido por las actividades y programas de actividades, provenientes de entidades acreditadas y CCL medio obtenido por actividades y programas de actividades de las entidades no acreditadas.
Resultados obtenidos.
El CLL medio obtenido en las actividades planificadas y desarrolladas como programa de formación alcanza un CCL medio de 1,94 frente al 1,78 que obtienen las actividades acreditadas de manera independiente.
El CLL medio obtenido en las actividades planificadas y desarrolladas por entidades acreditadas alcanza un CCL medio de 1,89 frente al 1,78 que obtienen las actividades planificadas y desarrolladas las entidades no acreditadas.
Lecciones aprendidas.
El proceso de acreditación de Unidades y centros de FC tiene una incidencia positiva sobre la calidad de la formación planificada y desarrollada por los proveedores de formación continuada.
El PIAFC se está constituyendo en una herramienta clave para la gestión y la mejora de la calidad de la FC y el desarrollo competencial de los profesionales sanitarios de Andalucía.

C-1022

DOS PROCESOS DE ACREDITACION DE LAS SESIONES CLINICAS: UN AVANCE EN LA CALIDAD DE SU DISEÑO

VALVERDE GAMBERO,E.; LÓPEZ DE LIS,C.; PERIAÑEZ VEGA,M.; CENTENO ASTUDILLO,J.; MUÑOZ CASTRO,FJ. Y VILLANUEVA GUERRERO, L..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: FORMACIÓN, SESIONES CLÍNICAS, ACREDITACIÓN, CALIDAD, PROGRAMAS

RESUMEN

Contexto de partida.

La Agencia de Calidad Sanitaria dispone de dos procesos de acreditación para la evaluación de la calidad: acreditación de actividades y acreditación de programas de actividades. El proveedor es quien decide qué proceso se ajusta más a sus necesidades. Eltrabajo lo ha realizado el Área de Acreditación de la Formación Continuada de la Agencia.

Descripción del problema/necesidades.

En ambos procesos, se recogen estándares y elementos de calidad basados en los criterios de la Comisión Nacional de Formación Continuada y en estándares internacionales. Así, en el proceso de acreditación de programas se evalúan 47 estándares agrupados en 8 criterios. Y, en el de actividades se evalúan 34 estándares agrupados en 5 criterios, a su vez incluidos en el de programas. El objetivo de la investigación es realizar un análisis comparativo de la calidad de las sesiones clínica acreditas como actividades independientes y aquellas que forman parte de un programa formativo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se ha realizado un análisis comparado de la calidad de las sesiones soluciones aportadas clínicas acreditadas en dos fases: Resultados de la evaluación de las sesiones clínicas como actividades y Resultados de la evaluación de las sesiones clínicas integradas en un programa.

La muestra la forma el total de sesiones clínicas acreditadas desde Septiembre 2008 hasta Marzo 2009.

Las dimensiones a estudiar fueron: finalidad, objetivos, metodología, evaluación, selección, y estructura. El instrumento de medida fue el CCL medio de las actividades formativas con valores entre 1 y 2,8.

Resultados obtenidos.

El número total de sesiones clínicas acreditadas fue de 129, de las cuales 35 se acreditaron como actividades independientes y 94 formando parte de un programa.

El CCL medio de las sesiones acreditadas de forma independiente fue de 1,90 frente al 1,98 de las acreditadas como programas.

En el análisis por dimensiones, la valoración fue también mayor en todas las sesiones acreditadas como programas, con una diferencia destacada en: finalidad y selección.

Lecciones aprendidas.

La acreditación de las sesiones clínicas, como actividades integradas en un programa formativo, obtienen una valoración cualitativa más alta que las que se acreditan de forma independiente. El proceso de acreditación como Programa de actividades de Formación Continuada favorece la planificación, desarrollo y evaluación continuada de las sesiones clínicas. La acreditación de programas introduce un criterio de mejora que, tras el análisis de los resultados de la evaluación permitirá la toma de decisiones, el diseño de planes de mejora y la planificación de nuevos programas.

C-1023

REGISTRO EDO Y CMBD: MATRIMONIO DE CONVENIENCIA PARA VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

GARCÍA-MONTERO, JI.; MARECA DOÑATE, R.; DEL PINO JIMENEZ, L Y AIBAR REMON, C.
HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Palabras Clave: EDO; CMBD; BASES DATOS; VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA;

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo de colaboración entre dos Servicios de Medicina Preventiva (SMP) y una Unidad de Codificación e Información clínica (UCIC) de la CA de Aragón.

Descripción del problema/necesidades.

La identificación, registro y notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) son cometido básico de los Servicios de Medicina Preventiva (SMP). Además de la búsqueda activa de casos, se contempla la posibilidad de emplear otras fuentes de datos que complementen y contrasten los recogidos de forma directa. A partir de la base de datos EDO declaradas durante 10 años (19992008) se realiza una comparación con los datos recogidos en el CMBD hospitalario del mismo periodo en el mismo hospital. Se estudia la concordancia y exhaustividad de ambas fuentes para identificar casos de EDO.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El SMP del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza (HCUZ) aporta el registro informatizado de EDO y se compara con los datos identificados por la UCIC en el mismo hospital a partir de CMBD.

Resultados obtenidos.

Se identifican varias EDO que no precisan ingreso (toxinfecciones alimentarias, parotiditis) o son enfermedades que cronifican y recidivan (Tuberculosis, hepatitis B y C, hidatidosis, etc.) y no tienen una comparabilidad directa. En el caso de las segundas, una vez eliminados reingresos y diagnósticos complementarios, sí aportan información útil para evaluar la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica del SMP. Más gratificante resulta la identificación de otras enfermedades en que se observa una buena concordancia de ambas fuentes de datos (Disentería, Hepatitis A, fiebre tifoidea, meningitis, etc.) o aquellas en que el CMBD aporta un número destacable de casos no identificados por el Sistema EDO (brucelosis, sífilis congénita, etc.). Sin embargo, en unos y otros grupos, la comparación directa de datos permite observar que ninguno de los sistemas es completamente exhaustivo y en gran parte pueden ser complementarios.

Lecciones aprendidas.

El análisis del CMBD aporta información en la vigilancia epidemiológica de las EDO, aumentando la sensibilidad del sistema de vigilancia hospitalario en algunos casos, y sirviendo de método de evaluación y mejora de su calidad en otros. La informatización del registro EDO del SMP del HCUZ permite la comparabilidad con otras bases de datos e identificar áreas de mejora. La comparación de ambas fuentes de datos permite identificar aquellas EDO de diagnóstico hospitalario con baja aparición en la Historia Clínica.

C-1024

CARRERA PROFESIONAL Y CALIDAD: RESULTADOS DE SU IMPLANTACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA (C. VALENCIANA).

QUIROS MORATÓ, T*; CUESTA PEREDO, D; TABERNERO ALBA, E; VALENZUELA MOLINA, B; ORTEGA MONZÓ, JL Y BURDEOS PALAU, E.
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA

Palabras Clave: DESEMPEÑO PROFESIONAL EVALUACION CALIDAD RECONOCIMIENTO PARTICIPACION

RESUMEN

Contexto de partida.

La Ribera Departamento de Salud es una organización que gestiona la asistencia sanitaria integral de la comarca de La Ribera, en la Comunidad Valenciana. La carrera profesional tiene tres áreas de evaluación, valoradas anualmente: Calidad, Docencia y Compromiso con la organización. Está estructurada en 5 niveles o grados, y supone una retribución aproximada entre los 2.000€ y hasta los 13.200€ anuales, según categoría profesional y grado. En la primera de ellas (Calidad) se centra la presente comunicación.

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto tiene como objeto fomentar las iniciativas de calidad de los profesionales, estimulando su participación. Se diseñó un modelo de carrera en el cual el 50% de los resultados son valorados por objetivos de calidad, estructurados en tres vertientes; Participación en grupos de trabajo, calidad científico-técnica y calidad percibida. Otro objetivo del proyecto fue alinear y desplegar los objetivos de calidad de la organización entre los profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el área de evaluación de Objetivos Asistenciales de Calidad (OAC) tienen cabida desde iniciativas grupales (comisiones, grupos de trabajo..), como individuales (procedimientos ISO…). Se valora asimismo la calidad percibida a través de encuestas de satisfacción. Se ha protocolizado y normalizado el sistema de información y la documentación de soporte (hoja registro asistencia y participación, protocolo de funcionamiento de Comisiones, modelo de acta y convocatoria, y registro de tareas). Para dar a conocer el modelo se realizaron más de 40 reuniones informativas. Toda la documentación está disponible a través de la intranet de la Organización.

Resultados obtenidos.

Durante el año 2008, se registraron 714 profesionales participando en iniciativas de calidad de la organización reconocidas dentro del área de OAC. El número de grupos de trabajo se incrementó en un 75% en el año 2008, (de 29 a 51). En lo referente a calidad percibida, la encuesta de pacientes atendidos el año 2008 mostró un alto índice de satisfacción, de manera que el 92,77% de los pacientes tratados en el HULR manifestaron que volverían a elegir el centro.

Lecciones aprendidas.

Un aspecto clave para la consecución del proyecto fueron las numerosas sesiones divulgativas realizadas. En ellas participaba un representante de la Dir. de RRHH y un representante de la Dir. de Org. y Calidad, recogiéndose iniciativas aportadas por los profesionales. Otro aspecto importante ha sido el hecho de que la carrera de calidad ha permitido alinear y desplegar los objetivos de calidad de la organización con los individuales de los profesionales.

C-1025

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA Y BUENAS PRÁCTICAS A PARTIR DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ENTIDADES FORMATIVAS

VILLANUEVA GUERRERO, L.; PERIAÑEZ VEGA,M.; MUÑOZ CASTRO, FJ.; LÓPEZ DE LIS,C.; VALVERDE GAMBERO,E. Y CENTENO ASTUDILLO,J..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: ACREDITACIÓN, ÁREAS DE MEJORA, FORMACIÓN, CALIDAD

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo ha sido realizado por profesionales del Área de acreditación de la formación continuada de la Agencia de Calidad Sanitaria, y se centra en el estudio de la incidencia del proceso de acreditación de la Unidades y Centros de Formación Continuada en la mejora del proceso formativo.

Descripción del problema/necesidades.

El proceso de acreditación de entidades formativas en Andalucía busca fomentar la reflexión en las fortalezas y áreas de mejora en su gestión, planificación y desarrollo. El objetivo de la investigación es analizar la mejora de la totalidad de la formación proporcionada por las entidades formativas acreditadas desde la introducción progresiva y continua de elementos de mejora y buenas prácticas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El análisis fue llevado a cabo en 13 entidades de formación acreditadas desde 2006 a 2008. Durante el proceso, las entidades de formación acreditadas (mediante autoevaluación) y los evaluadores (a través de observaciones, entrevistas, revisión de documentos, etc.) identificaron 700 ideas para mejorar. La monitorización de la implementación de estas mejoras se ha realizado con una herramienta informática (Me_jora C). Además, la calidad de las actividades de formación continua es analizada antes y después de la acreditación.

Resultados obtenidos.

Más del 50% de las mejoras fueron implementadas: identificación de necesidades formativas basadas en Planes Individuales de Desarrollo, desarrollo de guías y protocolos, gestión del profesorado y valoración del impacto. La calidad de la formación de las entidades formativas acreditadas, aumenta significativamente durante el proceso de acreditación de 1,79 a 2,12 de media (mínimo 1, máximo 2,8)

Lecciones aprendidas.

El proceso de acreditación de entidades de formación en Andalucía, representa una herramienta poderosa para proveer de formación de excelencia, en orden de reforzar el desarrollo profesional y la buena práctica.

C-1026

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN ENFERMERIA UN HOSPITAL DE NUEVA CREACION

MARCOS MARTÍN, T.; EGEA ZEROLO, B.; LÓPEZ MARTÍN, E. Y MARTI USON, R..
Grupo Hospitalario Quirón
Palabras Clave: CERTICACIÓN ISO 9001

RESUMEN

Contexto de partida.
El HQM se inaguro en Dic 07, se trata de un hospital privado integrado en GHQ. Todos los profesionales de enfermería del hospital liderados por la Dirección de Enfermería queríamos implantar un Sistema de Gestión de Calidad antes de la apertura.

Descripción del problema/necesidades.
Desde la Direccion de Enfermeria nos marcamos como objetivo estratégico: "Ser reconocidos como lideres en cuidados, buscando la excelencia en la practica clinica, fomentando la formacion e investigacion enfermera para desarrollar nuestro modelo enfermero". Los problemas a los que nos enfrentabamos eran la complejidad del concepto calidad y lograr la implicación de todos los profesionales en el nuevo sistema de gestión.

Desarrollo y soluciones aportadas.
GHQ contaba con un programa informatico que gestiona toda la documentacion del sistema de calidad. En dicho programa se encuentra la documentacion de todos los centros de GHQ, lo que nos aportó la experiencia de otros hospitales. Planificamos un proceso de cuidados que integraba todos los cuidados comunes a las unidades clinicas del hospital. En ese proceso se definió: a) la herramienta que utilizariamos para evaluar al paciente y clasificar las acciones de enfermería (Patrones Funcionales de M. Gordon) b) la metodología de control documental de los protocolos que del procedimiento derivaran, c) el Comité de Cuidados como organo dependiente de la direccion y compuesto por personal de las unidades con representacion de todos los estamentos que componen la direccion de enfermeria. Formamos a los lideres de los subprocesos asistenciales en gestion de calidad para que se responsabilizarán de la implantación del sistema.

Resultados obtenidos.
1) 100% de los PCs del hospital con acceso a más de 4.000 documentos del Sistema de Gestión de Calidad de GHQ a través del software informático de SOFTEXPERT. 2) Acceso sencillo, sistematizado y actualizado (ya que durante la puesta en marcha las modificaciones en los procedimientos son constantes) a toda la documentacion de sus procesos. 3) 26 indicadores de proceso 4) 15 objetivos asistenciales en los procesos de enfermería 5) Auditorias internas que solventaron las no conformidades y potenciaron las no conformidades encontradas 6) Certificación del 100% de los procesos del hospital.

Lecciones aprendidas.
En abril de 2009 AENOR en la auditoria de certificacio destacó como puntos fuertes: La fuerte implicación en el SGC del personal, destacando la involucración con el sistema y actitud de colaboración de Enfermería. El sistema de etiquetado y el control sobre el material estéril que asegura la trazabilidad desde esterilización hasta la historia clínica.

C-1027

LA CALIDAD DE NUESTRO SABER CIENTÍFICO. ¿CONOCEMOS LAS ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICAS?

PANIEGO LORENZO,Y.*; GARCÍA HERNÁNDEZ, M.; BALUGO HUERTAS, S.; GARCÍA JIMÉNEZ, S.; GONZÁLEZ MORENO, C. Y MEDINO MUÑOZ, J..
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Palabras Clave: Búsqueda-bibliográfica. Fuentes-de-información. Investigación.

RESUMEN

Contexto de partida.
Tras realizar un curso de búsquedas bibliográficas, un grupo de enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Fuenlabrada tuvimos la inquietud de investigar si realmente los profesionales de la salud conocemos, manejamos y dominamos todos los recursos existentes para realizar trabajos de investigación, comunicaciones,… con validez científica.

Descripción del problema/necesidades.
Para que enfermería se defina como una profesión con proyección, no estanca, con capacidad y poder de decisión, continúe en la vanguardia de los cuidados de calidad y sea capaz de llevar a cabo trabajos de investigación, comunicaciones, informes, actualización de protocolos, etc, con el más alto nivel de responsabilidad es imprescindible el conocimiento y manejo adecuado de los últimos y novedosos recursos y tecnologías de búsquedas bibliográficas donde poder obtener información con evidencia científica, verídica y contrastada. Pero:¿Realmente los profesionales de la salud conocemos, manejamos y dominamos todos los recursos existentes? Nuestro objetivo será saber el grado de conocimientos y utilización de los recursos existentes por los profesionales sobre este tema.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado una encuesta sobre una muestra de profesionales de diferentes categorías: facultativos, enfermeros y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería para obtener el grado de conocimientos y la calidad de las búsquedas de fuentes de información.

Resultados obtenidos.
Después de analizar los resultados de la encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados: 1.La mayoría de los facultativos y Dues han participado en la realización de trabajos científicos, protocolos, guías de actuación…etc. 2.En mayor medida son los facultativos los que más conocen y utilizan las estrategias de búsquedas de información bibliográfica. 3.Las búsquedas bibliográficas, en las bases de datos especializadas, son escasamente utilizadas, principalmente por desconocimiento de la existencia de las mismas, y por desconocimiento en su manejo. 4.Son pocos los profesionales que han realizado cursos de formación sobre búsquedas bibliográficas y fuentes de información.

Lecciones aprendidas.
Con la realización de este trabajo queda patente la necesidad de realizar cursos de formación entre los profesionales de la salud, con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre las distintas herramientas existentes tanto en la web como en las bibliotecas para las búsquedas bibliográficas. Un incremento en el nivel de conocimientos redundaría en una mayor calidad de la información para la realización de cualquier trabajo o comunicación científica.

C-1028

"COMPROMISO GESTOR CON EL TALENTO PROFESIONAL COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE PERSONAS"

BERNET TOLEDANO, JAVIER; PRIETO GUERRERO, MARIGROS Y MUÑOZ RUIZ, MARIA EVA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: TALENTO - PROFESIONALES - DATOS

RESUMEN

Contexto de partida. En el Hospital Virgen Macarena y Area Hospitalaria
Se originó desde la Unidad gestión de personas -Dirección de Enfermería Estuvieron implicados todos los mandos directivos e intermedios
Descripción del problema/necesidades.
Las necesidades sobre las que se pretende actuar, son aquellas sobre las que los gestores trabajamos cada día, cuando en ocasiones necesitamos la selección de profesionales en algunas áreas específicas."TENER TALENTO", Es una máxima que todos los gestores buscamos, máxime si nuestra dedicación está muy cercAna a la gestión de personas; siempre el mejor para el desempeño de una competencia concreta, siempre el más idóneo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha elaborado un Proceso de Selección de las áreas de talento de los profesionales de las Unidades, para lo cual se han desarrollado las siguientes técnicas:
-Identificación por los mandos intermedios de los profesionales con áreas esenciales de talento profesional
-Cuestionario heteroadministrado para la identificación de las áreas competenciales básicas y de talento manifiesto.
-Experiencia de redacción de un Informe de talento en un grupo de profesionales
Se difundió la información sobre todos los mandos intermedios, para poder conseguir que se fuese creando "cultura de talento"
Resultados obtenidos.
Se han obtenido los siguientes Resultados:
-Desarrollo de una base de datos con los profesionales talentosos:
"BANCO DE TALENTOS" / "TALENTIA"
-Descripciòn de aquellas actividades profesionales y extraprofesionales en relación a sus intereses y expectativas
Lecciones aprendidas.
La identificación del talento de nuestros profesionales, supone la posibilidad de poder tener seleccionadas las áreas, en las cuales las personas que trabajan en un Centro Hospitalario de gran envergadura, destacan de alguna forma, para que este modo podamos hacerlos participar en actividades innovadoras específicas, así como posibilitar un mayor desarrollo profesional en los diferentes grupos de profesionales; enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos especialistas.
En este proceso de identificación y selección, no sólo se han tenido en cuenta lo que el profesional puede aportar a la Organización desde parámetros puramente profesionales, sino también extraprofesionales, formando parte de una estrategia de mejora "cultural" del Centro, como propuesta de bienestar profesional.
El mensaje práctico que se propugna, es intentar que cada profesional tenga su oportunidad en las macroinstituciones sanitarias.

C-1029

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO: UNA MIRADA RETROSPECTIVA.

RUBIAL BERNÁRDEZ, F.; BALTAR BOILEVE, J.; MOLINA COLL, P.; CERQUEIRO GÓMEZ, S.; CARRERAS VIÑAS, M. Y CARAMÉS BOUZÁN, J.. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

Palabras Clave: CIRUGÍA BARIÁTRICA, OBESIDAD MÓRBIDA

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se realizó en el Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) y en el se analizan los resultados del período 20002009 en cirugía de la obesidad. En el CHUS, la obesidad mórbida se aborda desde una perspectiva multidisciplinar, en una estructura asistencial denominada Unidad de Desordenes Alimentarios (UDAL) en la que cooperan endocrinólogos, cirujanos, psiquiatras y psicólogos, etc, y en la que también se atienden otro tipo de patologías.
Descripción del problema/necesidades.
La obesidad está generando una demanda creciente de atención sanitaria, y en el caso de la obesidad mórbida, cuando han fracasado los tratamientos convencionales, la cirugía bariátrica se ha convertido en el patrón de referencia del tratamiento. La prevalencia de obesidad mórbida (Indice de Masa Corporal -IMC- > 40) en la población adulta española está en el 0,7% de las mujeres y en el 0,3% de los varones, lo que aporta una idea de la magnitud del problema.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el período analizado se han realizado 83 intervenciones (86% en mujeres) de los cuales 31 pacientes tenían un IMC<50, 36 un IMC entre 50 y 60, y 16 con un IMC>60. El 78% presentaban comorbilidades mayores. La edad media fue de 44 años (23-64). La técnica quirúrgica empleada ha evolucionado desde el cruce duodenal (33), by pass gástrico (34), y con menor frecuencia el tubo gástrico (14) y el Scopinaro (2). Desde 2006 únicamente se aplican técnicas laparoscópicas, habiéndose empleado en un total de 59 intervenciones.
Resultados obtenidos.
No se han producido éxitus derivados de la cirugía, si bien sí han habido complicaciones quirúrgicas (fístulas, obstrucciones, infección de herida) o médicas (déficit de Fe, de vitamina B12, de zinc, hipoproteinemia, etc.), si bien todas ellas en concordancia con los rangos publicados. El número promedio de kg perdidos fue de 48. Los resultados más importantes fueron la reducción de la comorbilidades, tales como diabetes, dislipemia, HTA, patología osteoarticular, SAOS, etc, con cifras compatibles con las ya publicadas en otros estudios.
Lecciones aprendidas.
La cirugía bariátrica como un elemento terapéutico más en el abordaje de la obesidad se ha demostrado efectiva y segura en el CHUS. Dada la dificultad técnica que entraña, la necesidad de efectuar una correcta selección de pacientes, las complicaciones que puede asociar y la destreza quirúrgica necesaria, consideramos imprescindible que la Administración Sanitaria establezca las medidas oportunas para acreditar a aquellos centros que ofrezcan las mayores garantías para los pacientes, optando incluso por la designación de unidades de referencia.

C-1030

“INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE PERSONAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO:USOS Y BENEFICIOS DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA”

BERNET TOLEDANO, JAVIER; PRIETO GUERRERO, MARIGROS Y LÓPEZ RAMÍREZ EDUARDO. HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: GESTIÓN - COMPETENCIAS - DESEMPEÑO

RESUMEN

Contexto de partida.

Esta experiencia se está realizando en el Hospital Virgen Macarena y Area. Están implicados todos los mandos intermedios y directivos de enfermería. Partió desde la Unidad de gestión de personas y la Direcciòn de enfermería

Descripción del problema/necesidades.

La gestión de cuidados y dentro de este área, la gestión de personas del día a día supone un trabajo complicado y minucioso, el cual en ocasiones es difícil de analizar, porque adolecemos de instrumentos básicos informatizados, que nos permitan en un momento dado, poder conocer como se están produciendo las actividades de gestión básica; descripción de incidencias, refuerzos asistenciales por aumento de demanda de cuidados, etc. Por ello se hace necesario el uso de una herramienta informática, adaptada a las necesidades de la Unidad de Gestión de Personas, centro neurálgico de un Hospital; conocer como se gestionan a los profesionales y las incidencias que en un Centro de gran envergadura suceden.

Desarrollo y soluciones aportadas.

-Diseño e implementación de la base de datos denominada ARIADNA, como metáfora del mito griego -Proceso de formación en mandos intermedios y equipo directivo -Análisis descriptivo de la base de datos

Resultados obtenidos.

-Plan de formación desarrollado sobre la herramienta informática -Informes diarios y trimestrales de la gestión de personas -Propuestas de sesiones clínicas sobre resultados obtenidos

Lecciones aprendidas.

Tras un recorrido de 1 año de uso de la base de datos, se puede concluir que: Es imprescindible el uso de bases de datos adaptadas, no sólo a un campo concreto de la gestión, sino en un contexto gestor determinado, que supone un beneficio para los mandos intermedios y los directivos de un Centro; pues no sólo describe el trabajo, sino que propone estrategias de mejora. Gracias a la cual podremos inferir las áreas de trabajo diario en las cuales existen más incidencias en los profesionales, así como en las areas en las que se producen mayores demandas de cuidados. Así mismo es una información valiosa para temas como el absentismo profesional y sus causas.

C-1031

COMUNICAR LA CALIDAD: EL RETO DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

LEÓN VERGARA, M. REYES.
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Palabras Clave: Comunicación, calidad, acreditación, sistema sanitario

RESUMEN

Contexto de partida.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, fundación pública dependiente de la Consejería de Salud, es el organismo impulsor de los procesos de certificación de calidad de los distintos elementos que confoman el sistema sanitario andaluz. Pero no es sólo una entidad certificadora, genera conocimiento sobre calidad que parte, entre otras fuentes, de los propios procesos de evaluación, que se convierten en un valioso instrumento de recopilación de buenas prácticas y espacios de mejora comunes. Este trabajo, que tiene cada vez un mayor reconocimiento entre los profesionales sanitarios, debe ser trasladado a sus públicos, a los receptores de los programas de acreditación, y también comunicado a la sociedad en general.

Descripción del problema/necesidades.

Generar interés sobre la acreditación en calidad, transmitir adecuadamente los términos fundamentales en un proceso de certificación, y dar a conocer los valores de la innovación, la mejora continua y la excelencia, son el reto diario del Área de Comunicación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, con objeto de mostrar el trabajo de los profesionales, de los centros y unidades sanitarias que se esfuerzan por prestar una atención sanitaria de calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La elaboración de un plan de comunicación es imprescindible en una organización como la Agencia de Calidad cuyo trabajo es difícil de explicar a los públicos no especializados, y cuyo mensaje también es complicado para los profesionales sanitarios aún no iniciados en la terminología relativa a los procesos de certificación. Por ello, hay que identificar unos objetivos de comunicación en consonancia con los objetivos generales de la organización, delimitar correctamente sus públicos objetivos, internos y externos, activar acciones de comunicación efectivas, y, por supuesto, evaluarlas.

Resultados obtenidos.

El trabajo en Comunicación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía está en continuo proceso de mejora, pero podemos destacar la repercusión positiva de todas las informaciones generadas por la organización en los medios de comunicación, sobre todo las referidas a los actos de entrega de acreditación de calidad y a aspectos concretos de los distintos programas de acreditación, así como la aceptación mediática del trabajo del Observatorio para la Seguridad del Paciente.

Lecciones aprendidas.

El reto del Área de Comunicación de la Agencia de Calidad Sanitaria es seguir comunicando el esfuerzo de los profesionales sistema andaluz en pos de la calidad y la mejora continua para generar una imagen positiva entre sus públicos.

C-1032

LA TELEDERMATOLOGIA COMO INSTRUMENTO EFICAZ EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER DE PIEL

CABEZAS SAURA, P.B; PÉREZ GÁLVEZ, F.J.; CABEZAS SAURA, P.; CAMACHO IBÁÑEZ, J.L.; SAMPEDRO ABASCAL, C. Y VELARDO HARNÁNDEZ, A..
HOSPITAL DE OSUNA

Palabras Clave: Telemedicine, Skin Neoplasms, Mass Screening

RESUMEN

Contexto de partida.
Programa de teledermatología (TD) gestionado por profesionales del Centro de Salud (CS) Mercedes Navarro, junto al servicio de Dermatología del Hospital Virgen Macarena
Descripción del problema/necesidades.
Pretendemos implantar la TD en Atención Primaria (AP) y la totalidad de normas de calidad del Proceso Asistencial Cáncer de Piel. A la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento integral del cáncer de piel se suma gestionar la cita con Atención Especializada (AE) en plazo inferior a 15 días ante lesiones sospechosas de malignidad (LSM) (no pigmentadas de novo, persistentes tipo papuloso-nodular, queratósicas-ulceradas; y pigmentadas con criterios ABCD)
Desarrollo y soluciones aportadas.
De 204 teleconsultas para LSM del año 03/07-03/08, 69 pacientes precisaron DCDAP (33,82%, IC 95% 27,36%-40,76%). Calculamos validez interna: sensibilidad (S) y especificidad (E). Curvas ROC, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN). Concordancia entre diagnósticos de AP-AE vs Clínico-Dermatoscópico y Anatomopatológico (DCDAP) como gold estándar: índice Kappa (κ) con ponderación lineal (PL) y cuadrática (PC). Y, test de comparación de proporciones (TCP). A nivel de significación estadística p<0,05, e intervalos de confianza del 95% (IC 95%)
Resultados obtenidos.
Con 126 mujeres (61,76%, IC 95% 54,72%-68,46%), la edad media fue 49,63 años (IC 95% 47,00-52,26). Para una prevalencia de lesiones malignas y premalignas de 12,25/10000 h, a nivel de confianza del 95%, la precisión de la muestra es +4,5% (error absoluto). Para AP Vs DCDAP: S=0,400 (IC 95% 0,239-0,579); E=0,893 (IC 95% 0,837-0,936); curva ROC AUC=0,647, p<0,01 (IC 95% 0,536-0,757); VPP=0,438 (IC 95% 0,264-0,623); VPN=0,878 (IC 95% 0,819-0,923); el nivel de concordancia (NC) con PL: 82,35%, κ=0,36, p<0,00001 (IC 95% 0,24-0,48); y PC: 89,71%, κ=0,30, p<0,0001 (IC 95% 0,12-0,47). Para AE Vs DCDAP: S=0,571 (IC 95% 0,394-0,737); E=0,917 (IC 95% 0,865-0, 954); curva ROC AUC=0,744, p<0,001 (IC 95% 0,640-0,849); VPP=0,588 (IC 95% 0,407-0,754); VPN=0,912 (IC 95% 0,859-0,950); el NC con PL: 89,22%, κ=0,61, p<0,00001 (IC 95% 0,49-0,72). La PC: 92,22%, κ=0,47, y p<0,00001 (IC 95% 0,29-0,66). El TCP no estadísticamente significativo: PL p=0,164 (diferencia 6,87% IC 95% 2,28%-16,50%); PC p=0,536 (diferencia 2,51% IC 95% -5,43%10,45%). Aplicando un criterio de pruebas en serie (un resultado positivo en cada prueba): S=0,400x0,571=0,228 y E=0,893 +0,917 0,893 x0,917 =0,991. La media de demora fue 17,65 días (SD 25,70, rango 0-188)
Lecciones aprendidas.
La TD se muestra efectiva, con validez y precisión deseables en el screening de cáncer de piel en AP, contando con escasa demora

C-1033

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA

RAQUEL RUBIO CLEMENTE Y MIRIAM BERRIO BERNABÉ.
FUNDACIO ORIENTA

Palabras Clave: COMUNICACIÓN INTERNA, DIRECCIÓN, IMPLANTACIÓN

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en una institución integrada por 5 Centros de salud mental infanto juvenil y 2 hospitales de Dia para adolescentes implicando a todos los empleados, Incluido dirección.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo de la presente comunicación es elaborar y gestionar la estrategia de comunicación de los distintos centros de salud mental de la Fundación Orienta, estandarizando y unificando los distintos procesos de información.
Desarrollo y soluciones aportadas.
1.Se diseña una plantilla de comunicaciones estándar.
2.Se diferencia la comunicación en base a los colores representativos de cada departamento de la organización.
3.Se crea un circuito. Cada departamento envía a la Secretaria de Dirección información a comunicar, se revisa y aprueba por Dirección y se envía vía mail a Jefes de Servicio y secretarias para insertar en el tablón de anuncios del servicio correspondiente.
Resultados obtenidos.
1.Divulgar información de la empresa a los empleados con efectividad, consiguiendo que estos estén permanentemente informados para acercar al personal información que no saben donde buscarla.
2.Dar claridad y transparencia al proyecto empresarial.
3.Fomentar la participación en el día a día de los trabajadores.
4.Involucrar a las personas en trabajar por unos objetivos comunes.
5.Apoyar el desarrollo de una cultura que favorezca la comunicación y el intercambio de conocimientos
Lecciones aprendidas.
La implantación de este sistema ha supuesto una mejora de comunicación entre Dirección y empleados. Así como la unificación de documentación e información de todos los servicios.

C-1034

MODELO DE MEJORA DE LAS APORTACIONES DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

RAQUEL RUBIO CLEMENTE. FUNDACIO ORIENTA

Palabras Clave: RECLAMACIÓN, MEJORA, APORTACIONES

RESUMEN

Contexto de partida.
Dirección, departamento de atención al usuario, empleados y pacientes

Descripción del problema/necesidades.
Mejora de la gestión de las reclamaciones de los siete centros de salud mental infantil y juvenil que integran Fundación Orienta Potenciar la recogida de quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones de los usuarios Mejorar el circuito de recogida y gestión

Desarrollo y soluciones aportadas.
Premiar la recogida de las reclamaciones de los profesionales mediante el sistema de Dirección por objetivo Centralizar la figura de responsable de Atención al Usuario de todos los centros en una única persona especializada Formación de los profesionales en metodología de calidad

Resultados obtenidos.
En el periodo 2007-2008 se observa un aumento considerable del número de reclamaciones, diseñando un circuito (Usuario – Profesional – Atención al Usuario – Dirección) para poder dar respuesta y soluciones eficaces al usuario afectado con el que se establece finalmente una entrevista personal ofreciéndole una solución a su medida.Se aprecia un aumento de un 85% de reclamaciones escritas y un cambio de valores del profesional respecto a la recogida de estas Motivo de las reclamaciones: el 30% de las reclamaciones se produjeron por trato o actitud del personal administrativo inadecuado, un 25% por organización y trámites, un 20% sobre la falta de puntualidad en las visitas, un 15% por insatisfacción de la asistencia, un 7% por falta de puntualidad en las visitas y, por último, un 3% por dificultad de acceso por barreras arquitectónicas Respuesta al reclamante: 100% de las respuestas a las reclamaciones ha sido por carta y se ha dado al reclamante una explicación en persona. Nivel de satisfacción de respuesta: El 50% de las respuestas han obtenido una calificación por parte del reclamante como BUENA y el otro 50% han obtenido una calificación de MUY BUENA. Cambios a nivel organizativo: Debido a las reclamaciones que se han realizado en este centro se han realizado los siguientes cambios organizativos:
1. Creación de una señal de aviso a los usuarios sobre el cumplimiento del horario.
2. Realización de una manual de actuación del personal administrativo y cursos de formación de atención al usuario.
3. Habilitación de las instalaciones del centro para recibir a las personas que necesitan la ayuda de una silla de ruedas.

Lecciones aprendidas.
Se observa una gran implicación por parte de los profesionales en la recogida de las reclamaciones, así como en la búsqueda de los soluciones de éstas. A parte, los usuarios se sienten más escuchados y mejora sustancialmente el vínculo entre profesionales-empresa-usuario.

C-1035

ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DEL SERVICIO DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS ANDALUZAS

RODRÍGUEZ-BOUZA, M; PADILLA MARIN, C; MORALES ASENCIO, JM; GONZÁLEZ POSADA, F; PERTEGUER HUERTA, I Y CUEVAS FERNÁNDEZ, M. Consejería de Salud

Palabras Clave: gestión de casos,

RESUMEN

Contexto de partida.
El modelo de gestión de casos desempeñado por enfermeras andaluzas, desde su puesta en marcha por el SAS, ha supuesto un gran avance en la atención integral y personalizada a pacientes dependientes y sus familias. La Dirección de la Estrategia de Cuidados de Andalucía ha puesto en marcha un grupo de expertos para avanzar en los servicios que prestan actualmente estas profesionales.

Descripción del problema/necesidades.
Enmarcado en una dinámica de mejora continua, se creó un grupo problema/ multidisciplinar e internivel para definir un plan de mejora que adapte necesidades este servicio a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos andaluces. Objetivo general Definir un marco estratégico para la gestión de casos en el SSPA para los próximos cuatro años. Objetivos específicos Analizar la necesidad de servicios de la población andaluza susceptible de beneficiarse de la gestión de casos. Analizar la situación actual de la provisión de gestión de casos en AP y AE Redefinir la cartera de servicios en función de este análisis, del contexto y de las mejores prácticas y evidencias en este campo Consolidar y avanzar en la configuración de las características del modelo de práctica en gestión de casos en el SSPA Diseñar una estrategia de implementación de las líneas estratégicas resultantes de este proceso

Desarrollo y soluciones aportadas.
1. Creación de un grupo de trabajo para analizar la situación actual de la provisión del servicio, y detectar áreas de mejora Se caracterizó en base a los siguientes criterios: Perfil de los integrantes: Experiencia clínica, prestigio profesional, conocimientos en liderazgo de grupos de trabajo, metodología de gestión, metodología enfermera Representatividad: entorno Hospitalario y comunitario, sociedades de influencia, las ocho provincias. Características del grupo: Heterogeneo, multidisciplinar e internivel Disponibilidad y motivación
2. Definir un modelo conceptual que dé cabida al máximo número de escenarios posibles
3. Detectar necesidades
4. Diseñar una cartera de servicios que de respuesta a las necesidades
5. Integrarla en nuestro contexto: crear, rediseñar, mantener y eliminar
6. Garantizar la evaluación del impacto.

Resultados obtenidos.
Actualmente se está análizando la demanda para detectar necesidades cubiertas y no cubiertas. Criterios para recabar datos: Complejidad de proveedores y entornos, Impacto en salud, Duración del proceso, existencia de medios de soporte y recursos adicionales.

Lecciones aprendidas.
El análisis y detección de areas de mejora proporciona la posibilidad de mejorar un servicio aunque sus resultados ya sean excelentes.

C-1036

PROCESO ENFERMERO: SI APRENDEMOS A CONOCERLO, SABREMOS CUIDARLOS.

*LÓPEZ IBAÑEZ, M.; BETETA FERNÁNDEZ, L.; FERNÁNDEZ REDONDO, C.; VIDAL NAVARRO, J.; HELLÍN MONASTERIO J. Y FERRER BAS, P.. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en la unidad de formación, investigación y calidad del H.U.V.A., por profesionales pertenecientes a hospitalización general, además de los que forman parte de dicha unidad.

Descripción del problema/necesidades.

Se observa inadecuada cumplimentación de la hoja de valoración de problema/ necesidades básicas del paciente ingresado, estructurada según el necesidades modelo de cuidados establecido en el centro, además del déficit en la formación de metodología enfermera del personal de enfermería para la emisión de diagnósticos tras la valoración, según indicaciones de la Dirección general de Calidad asistencial del SMS. La detección de necesidades se llevó a cabo mediante un ciclo de mejora sobre la hoja de valoración del paciente al ingreso, resultados de la medición del indicador específico existente en el contrato de gestión anual y la evaluación de la calidad percibida por el paciente.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En primer lugar, se inició una actividad en la que se implicaron todas las enfermeras gestoras, para llevar a cabo las múltiples sesiones de enfermería sobre la valoración inicial, impartidas en todas las unidades del hospital y contando con la asistencia de todo el personal de enfermería. En segundo lugar se inició como línea estratégica formativa hospitalaria, el taller de metodología de cuidados al paciente, en el que los profesionales de enfermería van asistiendo de forma dirigida, al igual que la primera actividad, a las distintas ediciones anuales que se celebran en el hospital.

Resultados obtenidos.

Como resultado de la actividad para mejorar el C4 del ciclo de mejora sobre el grado de cumplimiento de la hoja de Valoración Inicial, logramos aumentar el porcentaje, del 77% al 100%. Tras el inicio de los Talleres de metodología de cuidados al paciente, empezamos la 1ª edición en el 2007, posteriormente se celebraron 2 ediciones en el 2008 y en este año 2009 llevamos celebradas 4 ediciones y pretendemos finalizar el año con un total de 6.

Lecciones aprendidas.

Aprendiendo a captar la subjetividad de los pacientes y su entorno, se sienten escuchados y disminuye su temor. Por otro lado, con una correcta valoración inicial se establece la base de la individualización de los cuidados de enfermería en función de los diagnósticos que se derivan de ella, para empezar a cuidar con calidad y seguridad a nuestros pacientes. Con todo ello se mejora la comunicación por la utilización de un lenguaje estandarizado para enfermería, unificación de criterios, metodología en los registros, participación del paciente en la toma de decisiones y se asegura la continuidad en los cuidados.

C-1037

EXPERIENCIA EN LA PRIMERA FASE DEL DESPLIEGUE DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

ROSELLO CALZADA, A; ÁLVAREZ DEL CASTILLO, M Y CASAGRAN BORRELL, A. HOSPITAL UNIVERSITARIO MÚTUA TERRASSA-UEN ASSISTENCIAL MÚTUA TERRASSA

Palabras Clave: FQM, MODELOS DE GESTIÓN, PARTICIPACIÓN, COMUNICACIÓN

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se realizó en el ámbito del Hospital Universitario y los 14 Centros de Atención Primaria. Participaron 180 personas (20% directores, 5% mandos intermedios,15% personal operativo).Se aprovecharon las reuniones de trabajo para realizar los planes de mejora para entrevistarles y realizarles un cuestionario individual.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo fue identificar y estandarizar las principales dificultades que nos hemos encontrado en los primeros años de despliegue del modelo EFQM de Excelencia, habíamos detectado que el proceso de comunicación de las iniciativas llevadas a cabo no había llegado a toda la organización, y queríamos quantificarlo. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo desarrollado entre octubre del 2008 y marzo del 2009, se entregó a los participantes un cuestionario de 5 pregunta cerradas y una abierta de carácter voluntario.

Desarrollo y soluciones aportadas.

FASE 1:DISEÑO DE LA HERRAMIENTA:a-necesidades y expectativas;b soluciones aportadas recogida de información y bibliografia;c-redacción del cuestionario borrador;d-definición de la escaa de respuestaFASE 2:VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA:a-test previo con un grupo representativo;b-análisi de los resultados y modificación de las preguntas;c-redacción del cuestionario definitivoFASE 3:APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA:a-constitución de la muestra (todos los participantes:100%);b-entrevistas y recogida de datos FASE 4:ANÁLISI DE LOS DATOS:a-análisi cualitativo, descriptivo e interpretativo;b-propuestas de mejora (grupo de mejora)FASE 5:COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS:a-comunicación de los resultados al equipo directivo y mandos intermedios

Resultados obtenidos.

El 70% de los participantes vieron una relación directa con la mejora pero no sabían como aplicarlo al puesto de trabajo. El 30% comunicaron a su equipo el proyecto. <40% de los directivos y mandos hicieron seguimiento del cumplimiento de los estándares. E 18 meses el nivel de cumplimiento de los estándares fue del 24% a 84%. El 67% percibieron que la sistematica de información no fue suficiente para entender el despliegue.

Lecciones aprendidas.

La comunicación como herramienta clave para llegar a las personas y inducir el proceso de cambio cultural.

Crear una red-social interna que promueve la cooperación y el sentido de pertenencia al proyecto, a la organización. Identificar los “vacíos de información” y utilizar todas las formas, medios, y canales formales y informales existentes, para evitar las dudas, los miedos, la incertidumbre.Realizar sistemáticamente encuestas de satisfacción de las personas.

C-1038

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA: NUEVA LÍNEA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL EN HOSPITAL COSTA DEL SOL

TORIBIO MONTERO J.C; DONCEL MOLINERO D; RORIGUEZ RUIZ J.; TIMONET ANDREU E.; BARRIOS GARCÍA R. Y CANCA SÁNCHEZ J.C..
Hospital Costa del Sol

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realiza en el Hospital Costa del Sol .Se implica a un grupo de 70 profesionales de todas las áreas de enfermería, a los responsables de Unidad y a la Unidad de Calidad

Descripción del problema/necesidades.

Se requería adecuar los Estándares de Calidad nuestra Organización y las Entidades Externas evaluadoras a las competencias de los profesionales Ello ha dado lugar a la necesidad de desarrollar un Modelo de Competencias que garantice una atención de Calidad, mejore la Seguridad del paciente y a su vez promueva el desarrollo profesional.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Primera fase: Se creo un grupo de profesionales representativo de todas las áreas. Se identificó un coordinador para la formación a todo el grupo donde se les indicó el porqué de esta necesidad y el objetivo que se pretendía. Se dividieron en grupos de expertos según áreas asistenciales (Consultas Externas, Urgencias, Obstetricia y Hospitalización médica y quirúrgica) , se planificaron reuniones de trabajo y se marcaron objetivos para cada una de ellas. A cada grupo de expertos se le asignó un coordinador de referencia como guía. Se desarrolló el Mapa de Competencias y se elaboró un Manual en formato electrónico con el desarrollo de las mismas Segunda fase. El Departamento de Recursos Humanos en coordinación con las diferentes direcciones, crea un grupo de expertos a nivel hospitalario para el desarrollo y despliegue de este sistema de Gestión.

Resultados obtenidos.

Se han desarrollo las Competencias Técnicas en dos grupos: Siete Competencias Generales: (Soporte vital Avanzado, Manejo del medicamento, Seguridad del paciente, Manejo del Dolor, Continuidad Asistencias, Prevención de Infección y Derechos del paciente/Bioética) . Estas hacen referencia a elementos técnicos esenciales de la política hospitalaria y se aplican de forma genérica a todos los profesionales del área enfermera.

104 Competencias Técnicas: describen las intervenciones específicas que realiza el profesional en su puesto de trabajo.

Lecciones aprendidas.

El orientar la formación del profesional a las necesidades reales del puesto permite garantizar, la actualización del conocimiento, la formación y motivación del personal para el desarrollo de un trabajo seguro y de Calidad con el fin de dar respuesta a los Estándares de Calidad de nuestro Modelo y las necesidades asistenciales de nuestros usuarios.

C-1039

ESTADO DE AVANCE DEL PROGRAMA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA “PECAH “EN UN CENTRO DE SALUD DE ALTA COMLEJIDAD

*FUENTES MARTÍNEZ C..
COMANDO DE SALUD DEL EJERCITO,JEFATURA DE GESTION EN S

Palabras Clave: acreditación

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realiza evaluación del estado de avance del “ Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria” (PECAH) implementado el año 2005 en el Hospital Militar de Santiago, centro de alta complejidad de referencia para los beneficiarios del Sistema de Salud del Ejército, en Santiago Chile.

Descripción del problema/necesidades.

Verificar el grado de avance de los 9 estándares de calidad que mide el Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria PECAH en el Hospital Militar de Santiago (HMS),programa implementado el año 2005, con el fin de garantizar seguridad a los pacientes en la atención clínica .

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se crea un Programa de Vigilancia y Seguimiento del PECAH; que soluciones aportadas permite el monitoreo mensual; trimestral y semestral cada uno de los 9 estándares de calidad; sus indicadores y umbrales de cumplimiento definidos para cada uno de los Estándares exigidos.

1.-Fase: Implementacion Programa PECAH Año 2005, se definen como responsables de cada Estándar los Directivos del HMS y responsable de cada verificador los Jefes de Servicios Clínicos del HMS. 2.-Fase: Diseño del Programa de Vigilancia y Seguimiento del PECAH Años 2005-2006-2007, se crean los instrumentos de registro para medir los criterios de calidad que exige cada Estándar: responsables del estándar; Protocolos, Guías Clínicas; se definen indicadores y umbrales de cumplimiento, plan de monitoreo de indicadores; plan de intervención si no se logra lo exigido. Responsable Enfermera encargada PECAH .3. Fase: Evaluación y monitoreo Periodo 2006-2007-2008: aplicación en terreno del instrumento de Evaluación del Cumplimiento de los Criterios de Calidad para cada estándar, verificando el cumplimiento de los 9 Estándares que mide el PECAH, el instrumento de evaluación es dicotómico, está presente o no esta presente el criterio de calidad exigido, durante los años 2005-2006-2007. Responsables a cargo Jefes de Servicios Clínicos y encargada PECAH años 2005,2006.2007.

Resultados obtenidos.

1.-Se evidencia un estado de avance de un 62% del cumplimiento global del PECAH en relación al 35% obtenido en la primera Evaluación. 2.-El Estándar Coordinación con la Red, con 16% de cumplimiento durante el año 2005; avanzo a un 61% destacando mejoras en: ingreso de un 17% a 80%; en interconsultas y derivaciones de un 17% a un 35%; en la continuidad de la atención de un 13% avanza a un 53%, mejorando el cumplimiento en el traslado de pacientes de 13% a 80%. 3.-El Estándar Organización de un 34% avanzo a un 71% de cumplimiento.4.-El Estándar Aspectos Éticos de la Atención de un 24% subió a un 54% 5. Estándar Función Clínica de un 26% aumento a un 49%: logrando mejoras en: Planificación de la atención de un 24% a 32%; en el proceso de la atención de un 21% aumenta a 35% ,el mayor

Lecciones aprendidas.

avance lo obtuvo en aspectos especiales de la atención de un 35% mejoro a un 56%. 6.-Los Estándares que no presentaron avance fueron tres: Estándar de Servicios y Unidades de Apoyo 39%, Estándar Salud de Personal 35% y el Estándar

Infecciones Intrahospitalarias 83%.
El PECAH permitió estandarizar los procesos clínicos ; formar masa critica en calidad asistencial a nivel de Jefes de Servicios y equipos locales; permitió instaurar la aplicación de GPC y la medición de indicadores de proceso, objetivando con datos duros la calidad de la atención clínica ; a nivel país sentó las bases, para dar inicio al proceso de Acreditación bajo el "Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales "que exige la Ley de Autoridad Sanitaria Nº 19.937; proceso obligatorio para aquellas instituciones que quieran otorgar prestaciones GES; que se inicia el 2009 en nuestro país CHILE. Garantiza la competencia técnica y la seguridad de los pacientes en la atención.

C-1040

AUTOEVALUACION DE LA AUTORIZACION SANITARIA EN UN CENTRO MEDICO MILITAR DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

*FUENTES MARTÍNEZ C..
Comando de Salud del Ejercito,Jefatura de Gestion en S

Palabras Clave: Autorización Sanitaria, acreditación, seguridad del paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza una autoevaluacion de los estándares de calidad que exige la Autorización Sanitaria en el Centro Medico Militar (CMM) Rosa O`Higgins, centro de atención primaria que otorga prestaciones de medicina general, ginecología y obstetricia; pediatría; odontología y psicología a beneficiarios del Sistema de Salud del Ejército, en Santiago.Chile.

Descripción del problema/necesidades.
Verificar que el CMM cumple con la Norma de Autorización Sanitaria(AS) que permite el funcionamiento de un prestador de salud, asegurando la competencia técnica de sus profesionales y la seguridad a los pacientes en la atención.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se verifica en terreno con una pauta de cotejo si están presentes los estándares de estructura que evalúa la norma técnica de Autorización Sanitaria.La norma AS evalúa estructura organizacional, recursos humanos ; infraestructura y Equipamiento. Fase 1: diseño del instrumento de Autoevaluacion de la Norma Técnica de la Autorización Sanitaria CMM. Fase 2: aplicación del instrumento de autoevaluacion en terreno por equipo local del CMM, verificando la existencia física de cada uno de los ámbitos que exige la Norma , el instrumento de evaluación es dicotómico, está presente o no esta presente. Fase 3: Plan Regularización de la AS: se realiza un plan de Regularización en aquellos ámbitos en que no se logra el 100% de cumplimiento de la norma y se da un plazo de 60 días para cumplimiento. Fase 4: Evaluación Externa Autorización Sanitaria CMM: visita de Evaluador Externo, verificando en terreno la existencia de cada uno de los ámbitos
que exige la norma, y verificando la existencia de un Plan de regularización de AS; en caso de que no se logra el 100%.de cumplimiento.

Resultados obtenidos.
1.-En el estándar Recursos Humanos se cumple 100% de la habilitación profesional y Técnica.
2.-Se evidencia un cumplimiento en el estándar Organización de
80%.
3.-Se cumple con un 75% en infraestructura y equipamiento.
4.-El cumplimiento global de AS corresponde a un 75%.
5.- Se aprueba un Plan de Regularización de la AS para alcanzar el
100%.en un tiempo menor o igual a 60 días.
6.-A los 60 días se reevalúa el Plan de regularización AS y se logra el
100% de cumplimiento de la autorización Sanitaria.

Lecciones aprendidas.
La Autoevaluación en la norma técnica de la AS permite dar seguridad al paciente en la atención y garantizar la competencia técnica del equipo de salud que otorga Prestaciones al beneficiario. Es el primer paso hacia el proceso de acreditación en Salud en Chile.

ÁREA TEMÁTICA

MODELOS DE GESTIÓN CLÍNICA

E-1

BENCHMARKING EN EL PROCESO DE URGENCIAS ENTRE 7 HOSPITALES DE DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ALCARAZ MARTÍNEZ J; FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B; FARIÑAS ALVAREZ C; ORTIGUEIRA J A; RODRÍGUEZ GARCÍA J Y BASANTE A.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Benchmarking, Urgencias, Evaluación de Proceso

RESUMEN

Contexto de partida.

En 2006, se constituyó una red de benchmarking entre 7 hospitales públicos, generales, con urgencias, pertenecientes a diferentes Comunidades Autónomas (entre 200 y 450 camas). Las gerencias de los centros identificaron el proceso de urgencias como prioritario para el trabajo de la Red.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo del estudio es identificar, conocer y compartir las mejores problema/ prácticas entre los hospitales respecto al proceso de atención de necesidades Urgencias y posibilitar su adaptación a cada uno de los centros.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En primer lugar se definieron los criterios de comparabilidad asegurando la homotecia, en el proceso de urgencias. Se establecieron 7 indicadores para comparar los hospitales. Se analizaron los datos de los tres últimos años, estableciendo el benchmark entre los centros. Posteriormente se identificaran las mejores prácticas o drivers en los procesos objeto de estudio.

Resultados obtenidos.

Se ha comprobado la homotecia entre los hospitales, mediante la comparación mediante las correspondientes matrices de homotecia y tras el análisis de los indicadores propuestos se ha identificado un benchmark, con mejores resultados en cuatro de los siete indicadores: % ingresos desde urgencias 8,3% (2 centros superaban 18%) presión de urgencias 56,14% (2 centros sobre 75%), tiempo de estancia en urgencias 2:20 horas, y % pacientes con estancia de más de 24H: 0,05%. Con los datos obtenidos no se ha podido determinar claramente los drivers determinantes de la diferencia, proponiéndose un análisis minucioso de las fases del proceso para obtener una información más precisa.

Lecciones aprendidas.

Se han establecido indicadores para identificación del benchmark entre los servicios de urgencias, sin embargo la información no ha sido suficiente y se ha acordado la necesidad de realizar un estudio pormenorizado de las fases del proceso para poder identificar claramente los drivers.

E-2

PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS SEGÚN ISO REALIZADAS CON PERSONAL PROPIO: HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

PLA MESTRE, R.; SERIÑA RAMÍREZ, C.; IZQUIERDO MEMBRILLA, I.; RODRÍGUEZ RIEIRO, C.; OLMEDO LUCERON, MC. Y RODRÍGUEZ PÉREZ, P..
HOSPITAL GREGORIO MARAÑON

Palabras Clave: Auditorias Internas, Gestión del Conocimiento

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital Gregorio Marañón (HGUGM) es un hospital del Servicio Madrileño de Salud con una población asignada de 750.000 habitantes. A finales de 2006 contaba con 12 servicios del mismo certificados según ISO 9001.

Descripción del problema/necesidades.

Los responsables y miembros del Comité de Calidad de los servicios certificados (70 personas), aunque muy motivados, trabajaban de forma independiente en su unidad manteniendo poco contacto entre ellos. Dado que la Norma exige la realización periódica de auditorias internas, la realización de las mismas con personal propio y de forma cruzada entre unidades se valoró como una oportunidad de detección de buenas practicas, de formación continuada y de elemento cohesionador del grupo de responsables de calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1. Programa de formación de auditores internos (2007-2008). soluciones aportadas 2. Consolidación como grupo de trabajo estable de los responsables de calidad de los servicios certificados (2008): planificación anual de las auditorias del hospital, detección de necesidades de formación, valoración de la satisfacción con el programa de auditorias, y validación del informe global anual.
3. Desarrollo de un procedimiento de programación y coordinación de auditorias, así como un formato común de informe de auditoría (2008).
4. Encuesta a auditores y auditados: valoración, satisfacción y sugerencias sobre el programa de auditorias(2008).
5. Elaboración de un informe global anual con los principales resultados de auditorias internas y externas, no conformidades y áreas de mejora comunes al conjunto del hospital que se traslada a la Dirección del Centro (2009).

Resultados obtenidos Desde enero de 2007 a junio de 2009 se han realizado 40 auditorías. La bolsa de auditores de hospital cuenta con 38 personas. Las no conformidades detectadas en las auditorias externas para el conjunto del hospital han pasado de 30 en 2006 a 18 en 2008. Todos los servicios han mantenido la certificación. Se han detectado áreas de mejora y soluciones comunes al conjunto del hospital. La valoración en la encuesta de satisfacción de auditores y auditados ha sido muy positiva. Durante 2009 3 auditores en formación de otros centros han participado como observadores en nuestro programa.

Lecciones aprendidas.

Las auditorias internas realizadas con personas de la propia organización proporcionan buenos resultados en relación al cumplimiento de la norma, con el valor añadido que supone mejorar las relaciones interpersonales, la identidad corporativa y la detección y difusión de buenas prácticas. Debe mejorarse el reconocimiento de la organización a esta actividad.

E-3

BENCHMARKING HOSPITALARIO: ¿QUÉ INDICADORES UTILIZAMOS?

LORENZO S; ORTIGUEIRA JA; MARTÍNEZ-ORTEGA MC; ACÓN MD; ALCARAZ J Y GARCÍA J. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Palabras Clave: Indicadores, Benchmarking

RESUMEN

Contexto de partida.
En noviembre de 2006, se constituyó una red de benchmarking entre 7 hospitales de características similares (entre 200 y 450 camas) pertenecientes a Comunidades Autónomas diferentes. Cada hospital ha creado un grupo para el proyecto, formado por facultativos y enfermeros casi en su totalidad.
Descripción del problema/necesidades.
Nuestro objetivo es realizar el proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo en nuestras organizaciones, efectuando comparaciones con hospitales de tamaño similar. Entre nuestras líneas de trabajo está la de comparación de centros utilizando indicadores. Se identificaron los indicadores disponibles en cada centro, atendiendo a criterios de relevancia, disponibilidad y comparabilidad, ordenándolos siguiendo el Modelo EFQM a efectos de organización.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se celebraron 6 reuniones de consenso. El conjunto de indicadores seleccionados en la primera fase fue de 56 y se definió una ficha para los indicadores. Al cumplimentarlas -para unificar fuentes de información y garantizar la comparabilidad entre los centros-valoramos criterios de factibilidad/dificultad en la obtención de la información que no estaba automatizada (la que no se obtiene a partir de bases de dados clínico administrativas) y efectividad en la medición.
Resultados obtenidos.
El conjunto ha quedado reducido a 36 indicadores en la segunda fase, que se han comparado a lo largo de 4 años entre todos los centros (en el 90% de los indicadores), lo que nos permite realizar comparaciones intra y entre centros.
Lecciones aprendidas.
Se ha validado un conjunto de 36 indicadores que facilitará la comparación entre los centros, el 94,4% se obtiene automáticamente a partir de bases de datos clínico administrativas (CMBD, RRHH, etc.). La depuración de la selección de los indicadores con criterios de factibilidad en la obtención, efectividad en la medición y adecuación al contexto de gestión actual ha permitido obtener un conjunto que consideramos podría llegar a facilitar la comparación entre hospitales de tamaño medio, e impulsar la homotecia entre ellos.

E-4

INTEGRACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS DE LA EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

FERNÁNDEZ SUÁREZ, A.*; AGUILAR BENÍTEZ, J.M.; DÍAZ IGLESIAS, J.M.; BAZO PÁRRAGA, R.; CASADO MARTÍNEZ, F. Y GÁMEZ POVEDA, A..HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR (ANDÚJAR)

Palabras Clave: SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO; EFICIENCIA ORGANIZACIONAL

RESUMEN

Contexto de partida.
La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (EPHAG) gestiona los hospitales de Andújar (Hospital Alto Guadalquivir, HAG) y Montilla, además de los centros de Alta Resolución de Sierra de Segura, Alcaudete, Puente Genil y Valle del Guadiato. Este proyecto ha sidodesarrollado por la sección de Análisis Clínicos del Área Integrada de Biotecnología del HAG en colaboración con la Dirección Asistencial y Gerencia.
Descripción del problema/necesidades.
La cartera de los laboratorios EPHAG es básica, por lo que un gran número de pruebas se derivan a un laboratorio de referencia externo. Se planteó que la centralización en el laboratorio del HAG de las pruebas externalizadas de todos los centros EPHAG, sería más rentable que la opción actual de enviarlas desde cada centro al laboratorio externo. La ausencia de cribado en las pruebas externalizadas de alergia y autoinmunidad provoca que se realicen análisis innecesarios con resultados negativos redundantes. Además, la Alta Resolución y laConsulta Única, son procesos incompatibles con derivaciones a laboratorios externos en cribados de baja complejidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras una evaluación externa e interna, se realizó un análisis de soluciones aportadas posición estratégica (DAFO) acerca de la integración y consolidación de pruebas en el laboratorio del HAG, obteniendo en la matriz de impacto una posición de éxito. Las estrategias de mejora fueron optimizar y centralizar pruebas, incorporación al HAG de pruebas externalizadas de inmunoensayo, cribado de alergia y autoinmunidad, y cribado prenatal del primer trimestre. Para calcular el coste del proyecto se solicitó presupuesto a diferentes proveedores para incorporar nuevos equipos y reactivos, así como para el transporte de muestras. Por último, se compararon los costes del año 2007 con y sin la aplicación de las estrategias de mejora.
Resultados obtenidos.
Con la aplicación de las estrategias de optimización, centralización y cribado (incluyendo el coste del transporte) durante el año 2007, se hubiera obtenido un ahorro estimado de 57838,03 euros. De forma secundaria se halló que existía entre los diferentes centros una alta variabilidad en la práctica clínica en las pruebas diagnósticas solicitadas a los laboratorios.
Lecciones aprendidas.
La centralización de analíticas en el HAG conlleva una gestión racional basada en protocolos y guías clínicas, permitiendo procedimientos de cribado y un uso adecuado de las pruebas diagnósticas, que suponen un importante ahorro económico. El transporte de muestras entre los centros EPHAG no es un factor económico limitante habida cuenta del ahorro que supone la consolidación de técnicas.

E-7

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

ALFONSO OLIVER LECHUGA; JOSÉ MARÍA ERRO AZCARATE; MARTA SANTAMARÍA OLABARRIETA; MARTA CLEMARES DE LAMA; ISABEL IRURZUN LARRAÑAGA Y ISABEL DE LA PIEDAD MENDÍA.
HOSPITAL DE ZUMARRAGA

Palabras Clave: GESTION CLÍNICA

RESUMEN

Contexto de partida.

Se han diseñado en el Hospital de Zumarraga los 4 procesos asistenciales con metodología de Gestión por Procesos: Hospitalización, CCEE, Urgencias y Bloque Qx y se ha sumado a todos ellos el diseño de la atención integral al paciente quirúrgico ya que en un Servicio Quirúrgico se recorren los 4 procesos asistenciales

Descripción del problema/necesidades.

Las dificultades para la implantación de la Gestión son de todos conocidas, máxime si se trata de la gestión de los procesos asistenciales. Por ello, se decide concretar en un Servicio Clínico (Cirugía General) que tiene buenos resultados y buena implementación de los elementos de gestión, todo el diseño, la implantación y seguimiento tal y como está formulada para los procesos asistenciales, de tal modo que al tener presencia en las distintas actividades, sirva de ejemplo al resto de los Servicios Clínicos y puedan copiarse los modos de su actuación en gestión

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se extrapolan las bases del diseño de los 4 procesos asistenciales para aplicarlas al Sº de Cirugía y se complementan con una definición de Misión, Visión y Valores, creando un Mapa de Proceso específico para Cirugía que vincula y abre las cajas de actividades que hay que realizar para atender a las necesidades de los clientes identificados, apoyados en normas, protocolos, vías clínicas, investigación y proyección al exterior. Todos los documentos están vinculados, de tal modo que a través de un índice se accede a todo el proceso

Resultados obtenidos.

Se ha puesto en gestión la atención integral del paciente quirúrgico, con un cuadro de mando reflejando los indicadores de actividad y resultado, así como un DAFO que sitúa muy realmente al Servicio Clínico. Se incita al resto de los Servicios Clínicos a procurar una gestión similar, demostrando que es algo que se puede conseguir. Se han observado algunas resistencias al cambio, muy dependientes del factor humano que hay que superar con la sencillez de la ejecución de la gestión

Lecciones aprendidas.

Nos parece que esta metodología hace funcionar en bloque a los Servicios Clínicos en la Gestión por Procesos, obteniéndose importantes mejorías en los resultados y “poniendo la casa en orden”

E-8

IMPLANTAR LA MEJORA EN LA GESTIÓN DE DOS PROCESOS CLÍNICOS:PROTESIS DE CADERA Y RODILLA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MEJÓN BERGÉS R; PAJIN SANTOS Mª ANTONIA; AZORIN L ; CASTELLET E; CUXART A Y MARTINES IBAÑEZV .
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D’HEBRON

Palabras Clave: IMPLANTACION PROCESOS

RESUMEN

Contexto de partida.

En un hospital de tercer nivel, en el servicio de Traumatología , en el equipo de cadera y rodilla. Debido a la gran variabilidad que existía en los pacientes artrósicos tributarios de prótesis de cadera y rodilla, se decidió ordenar los dos procesos. Para ello se creo un grupo de mejora para cada proceso y estuvieron implicados los traumatólogos responsables de cada equipo, profesionales de rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional, enfermería, asistentes sociales, un coordinador de calidad y la dirección del hospital.

Descripción del problema/necesidades.

Los objetivos prioritarios fueron: Disminuir la estancia media de 11 problema/ días actuales a 8 .Disminuir la lista de espera quirúrgica de estos necesidadesprocedimientos garantizados Asegurar la calidad asistencial, la
seguridad de los pacientes y la satisfacción de los agentes implicados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

.Sesiones de grupo de mejora: Se realizaron 8 sesiones, en las que se diseñaron y analizaron los procesos actuales, y se acordó rediseñar los dos procesos, así como revisar y elaborar nuevos procedimientos, propuestas de mejora y la identificación de indicadores para su posterior evaluación. 2Validación del proceso:Se coordinaron los procesos relacionados a través de un plan de comunicación a los directivos y al personal del hospital . La implantació se realizo de forma progresiva en diferentes fases, en Enero del 2009. 3Seguimento y evaluación: Se realiza una evaluación mediante un estudio descriptivo, observacional, concurrente con métodos de autoevaluación y auditoria, en abril del 2009.

Resultados obtenidos.

La estancia media ha disminuidos en los dos procesos ,se han generalizado las sesiones informativas multidisciplinar dirigidas a los pacientes previa intervención , no se ha conseguido un listado único por proceso y se ha de revisar la hoja informativa al ingreso. Estamos sujetos a una nueva evaluación.

Lecciones aprendidas.

Estos procesos son un referente básico para todos los integrantes del equipo a la hora de desarrollar su trabajo y conseguir una uniformidad en la práctica clínica, mediante unos protocolos y procedimientos específicos consensuados con todos los profesionales implicados Sirven como herramienta de planificación, control y seguimiento de los pacientes tributarios de ambos procesos.

E-9

VISION INTEGRADA: GESTION DEL PROCESO QUIRÚRGICO

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, L*; GALLEGO CAMIÑA, I; CHUECA AJURIA, A; VILLA VALLE, R; TORO SÁNCHEZ, R Y SOLOZABAL ORBEGOZO, K. HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO OSPITALEA (OSAKIDETZA)

Palabras Clave: gestión por procesos, mejora continua

RESUMEN

Contexto de partida.

La experiencia que se presenta se ha realizado en el Hospital de Galdakao- Usansolo, hospital general de agudos con aproximadamente 400 camas, que da cobertura a unos 300.000 habitantes. Se ha constituido un equipo de trabajo, multidisciplinar, compuesto por 17 personas con el objetivo de diseñar el proceso quirúrgico, con una perspectiva integradora e implantar un sistema de mejora continua.

Descripción del problema/necesidades.

El proceso alcanza a unos 300 profesionales de diferentes categorías y servicios. Incluyendo en el alcance tanto los servicios quirúrgicos, como la Reanimación, Unidad de cirugía sin ingreso, y las admisiones. Con la implantación de la gestión por procesos pretendemos; reducir la variabilidad, reorganizar y eliminar tareas que no aportan valor, gestionar con datos objetivos, analizar las causas y detectar oportunidades de mejora y eliminar compartimentos estancos con una visión integral hacia el paciente.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se inició en abril de 2008 habiéndose realizado hasta la fecha un total de 23 sesiones. Inicialmente se impartieron sesiones de formación que facilitaron la comprensión de la metodología por parte del Equipo Estratégico. Dicho equipo, de carácter multidisciplinar y de jerarquías múltiples, es liderado por el Subdirector Médico. Para el desarrollo del proceso hemos utilizado la metodología del PDCA. Una vez definido el proceso, se planificó la estructura para el despliegue así como el Plan de Comunicación Interna del mismo. En abril de 2009 se realizó la auditoria interna a raíz de la cual se ha establecido un plan de mejora, que ha sido presentado a la Dirección.

Resultados obtenidos.

1) Definición del marco del proceso; misión, cliente, requisitos, responsabilidades y medición 2) Para la implantación se ha definido una estructura de 2 niveles; un “equipo estratégico” con perspectiva global y 3 “equipos facilitadores” (uno por cada bloque quirúrgico) para un despliegue efectivo a nivel de servicio/unidad/bloque. Se ha establecido el uso de la intranet, los tablones y el boletín Ospipress, entre otros, como canales de comunicación. 3) Primera auditoria interna del proceso con la identificación de 18 áreas de mejora. 4) Objetivos clave del Plan de mejora; seguridad del paciente, informatización del proceso y comunicación a paciente/familiares.

Lecciones aprendidas.

1) Visión integral del proceso 2) Impulso de la Dirección 3) Sistema de Calidad solidamente implantado 4) Estructura de despliegue 5) integración de la seguridad en la gestión por procesos 6) Impulso de la notificación de incidencias 7) Plan de comunicación del proceso.

E-10

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FAST-TRACK EN LAS RESECCIONES COLO-RECTALES PROGRAMADAS DEL HOSPITAL DE ZUMARRAGA

LANZETA VICENTE, I.; OLIVER LECHUGA, A.; SANTAMARIA OLABARRIETA, M.; ERRO AZCARATE, J.M.; ARANDA LOZANO, F. Y MARTÍN LÓPEZ, A.. HOSPITAL DE ZUMARRAGA

Palabras Clave: FAST-TRACK, GESTION CLINICA, CIRUGIA

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se realizó en el Hospital de Zumárraga, en el contexto de Evaluación de la Práctica Clínica, y con la participación de cirujanos y gestores.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretendía disminuir la estancia media y mejorar el confort con la consecuente mejora en los resultados clínicos. Los problemas descritos son ampliamente conocidos y estudiados en la literatura científica. Se realizó un estudio observacional prospectivo, utilizando el programa INOZ, que estudia la incidencia de infección nosocomial en la cirugía programada colo-rectal. Para poder comparar los datos, se utilizó como grupo control los pacientes sometidos a ese tipo de cirugía el año de estudio anterior (octubre 06-Septiembre 07) y se cuantificó la estancia media, los días de nutrición parenteral, de drenaje y la tasa de infección quirúrgica

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó un estudio antes-después para comparar los datos y se implicó a enfermería, anestesia, cirugía general y gestión clínica impartiendo una sesión clínica y estableciendo objetivos. Se realizaron cinco fases: Distribución de protocolo de actuación, 09/07; Aplicación del protocolo 10/07; Recogida de datos y análisis 10/08; Divulgación de resultados 12/08; Aportación de mejoras 12/08. De los 32 pacientes operados de manera electiva, se han podido utilizar los criterios de Fast-Track en 30 de ellos, es decir en el 94% de los casos. Los datos se obtuvieron de los siguientes programas: INOZ; EXPLO GRD; CMBD 2007-2008 y se registraron en SPSS 16.0

Resultados obtenidos.

Discutir con el paciente antes de la intervención los pasos a dar y la duración del ingreso hospitalario, mejora el estrés, aunque no se mida. El no indicar ayuno preoperatorio, no preparación del colon, la cirugía mínimamente invasiva, la anestesia epidural torácica alta y la movilización y alimentación iniciadas el mismo día de la intervención, consiguieron disminuir la estancia media hasta un 25% (3 días). El 23 % de las veces no se coloca drenaje. Se mejora la permanencia de la NPT en un 6% ($P<0.05$). Con la infección de herida quirúrgica ($P>0.05$). Tenemos un tamaño muestral pequeño para poder sacar conclusiones extrapolables.

Lecciones aprendidas.

Aplicando el Fast-Track, el paso de los pacientes por el hospital es más rápido y, de menor morbilidad, por lo que va a seguir implantado. La metodología es válida y se prevé aumentar el tamaño muestral adhiriendo al estudio otros dos hospitales comarcales del entorno. Se prevé medir factores de satisfacción del paciente. Es una práctica sencilla de aprender e implantar y los resultados son altamente favorables, para pacientes y profesionales.

E-11

DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

POVEDA-SILES, S.; GONZÁLEZ-NAVARRO, MD.; AGERO-MORIÑIGO, C. Y CASTILLO-GÓMEZ, C.. CS JUMILLA

Palabras Clave: gestión, procesos, urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.

S. de Urgencias del Hospital Comarcal de Yecla (Murcia). Implicados en el mismo estuvieron, la Jefa de Servicio, Supervisora de enfermeria y facultativos de Urgencias, asesorados por la Unidad de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

1) Análisis sistemático de los procedimientos, recursos y flujos de trabajo del Servicio de Urgencias. 2) Potenciar el trabajo en equipo e implicación de los profesionales del mismo.
3) Diseño gráfico del mapa de procesos.
4) Inicio de la implantación del modelo de gestión por procesos en el Servicio.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Primera reunión con los facultativos y supervisora de enfermería del soluciones aportadas Servicio de Urgencias, donde el Jefe de Servicio explica la necesidad y el beneficio de la adecuación de la metodología de trabajo en el mismo al modelo de Gestión por Procesos. Se constituye un grupo de trabajoasesorado por la Unidad de Calidad del Área.
En la primera fase se procede a: - Análisis de campo de fuerza, en relación con la gestión por proceso - Diseño: se establecen reuniones periódicas con objeto de fijar la descripción del proceso: misión, destinatarios, expectativas, objetivos, requisitos de entrada, proveedores e indicadores.
- Representación gráfica del mapa de procesos: según metodología IDEF (Integration Definition for Funtion Modeling). Se elabora un mapa A-0, A-1, plasmando en él las entradas, salidas, guías y recursos.
En una segunda fase se procederá a: - Elaboración de flujogramas de procesos: facilitando la concepción de la organización como un sistema. Empleando la simbología ANSI.
- Control del proceso: estableciendo indicadores de calidad, 1) Tiempo de permanencia en el Servicio de Urgencias.
2)Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3h en Urgencias.
3)Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6h en Urgencias.
4)Tasa de reingresos a las 48h.
5)Tasa de reingresos a las 72h.
6)Tiempo de respuesta del especialista.
Su medición y análisis se efectuará de manera periódica por el gestor del proceso, marcando tras su análisis las medidas correctoras si fueran precisas y manteniendo informados de la evolución del proceso a todos los implicados.

Resultados obtenidos.

1)Se actualizan protocolos y procedimientos del área de urgencias.
2)Se diseña los mapas A-0 y A-1 del área de urgencias 3)Se formaliza grupo de trabajo para seguimiento y control.

Lecciones aprendidas.

Desde nuestro Servicio se apuesta por el cambio al modelo de Gestión por Procesos, facilitando la implicación del personal, asunción de responsabilidades según el nuevo modelo y fomentando el trabajo en equipo de todo el personal del mismo.

E-12

UNIDAD DE MAMA. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES: ATENCIÓN PRIMARIA- ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

ANA TOCINO DÍAZ; ALEJANDRO UTOR FERNÁNDEZ; PILAR MORENO ; ENRIQUE ALONSO REDONDO Y ASUNCIÓN RUBIO.
Hospital Puerta del Mar

Palabras Clave: Coordinacion entre niveles

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se realizó en la Zona Básica de Salud de Cádiz y San Fernando. En él estuvieron implicados los profesionales médicos y enfermeros de la Unidad de Mama del Hospital U. Puerta del Mar (UCPM) y de los 10 centros de Salud de Cádiz y San Fernando que componen su área de influencia.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretende unificar criterios de derivación a la Unidad de Mama desde Atención Primaria (AP) mediante el análisis de la calidad de las derivaciones realizadas y su difusión a los centros de salud; actualizar a AP sobre temas concretos que ellos nos pidan y/o que consideremos importante actualizar o reforzar (en función del análisis realizado) e informar sobre actuaciones novedosas en la Unidad. El análisis anual de las derivaciones nos ha permitido evaluar el estado anual y la tendencia en las derivaciones de forma individualizada para cada uno de nuestros Centros de Salud.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Existe una Comisión de Coordinación con AP que identifica los temas a tratar y organiza el calendario de visitas a los Centros de Salud (CS). Durante cinco años se ha realizado de forma anual una visita a los CS informándo a los facultativos y enfermeras del funcionamiento del Proceso Asistencial Cáncer de Mama, en especial de la cantidad y calidad de sus derivaciones.

Resultados obtenidos.

Disminución en número de derivaciones improcedentes, mejor uso de los recusos (exploraciones radiológicas) y mayor captación de cánceres desde Atención Primaria. Estos datos fueron objetivados con la comparativa de estos items evaluados entre las pacientes derivadas cada año, durante los últimos cinco años. AP y UCPM formamos, junto con los pacientes, una UNIDAD FUNCIONAL y como tal, podemos detectar disminución en la calidad de la derivación y buscar conjuntamente soluciones al problema.

Lecciones aprendidas.

La coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria es posible y se consigue cuando la información es bidireccional, especialmente cuando se explica de forma individualizada a todos y cada uno de los Centros de Salud de nuestra zona básica de salud, que es lo que han hecho, como lo han hecho y se consensuan las mediadas a adoptar para mejorar nuestra práctica clínica. Esta coordinación ha redundado en una mayor satisfacción de los Centros de Salud con el manejo de la patología mamaria, lo cual ha producido una mejor atención a las pacientes con sospecha de cáncer de mama.

E-13

VÍA CLÍNICA DE BRONQUIOLITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO. IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS

PAUL ZEGARRA; CONCEPCIÓN MIGUEZ; ESTIBALIZ BARREDO; SARA ZARZOSO; CARLOTA SERIÑÁ Y ROSA RODRÍGUEZ.
HOSPITAL INFANTIL GREGORIO MARAÑÓN

Palabras Clave: Vía clínica, Bronquiolitis

RESUMEN

Contexto de partida.
La vía clinica de la bronquiolitis se ha desarrollado en el Hospital Infantil Gregorio Marañón, en Madrid, gracias a un equipo multidisciplinar, integrado por pediatras, intensivistas, neonatólogos, enfermeras, epidemiologos y médicos de calidad asistencial

Descripción del problema/necesidades.
Con el objetivo de disminuir la variabilidad y aumentar la calidad en el manejo de la bronquiolitis en nuestro hospital, así como de disminuir la estancia media hospitalaria, disminuir el uso inadecuado de antibióticos y corticoides en esta patología se decide definir, diseñar implantar y evaluar una vía clínica específica

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realiza una revisión bibliografica exhaustiva sobre esta patología y se diseña la vía clínica incluyendo definición, criterios de ingreso en el hospital, protocolo de manejo en urgencias, manejo de esta enfermedad en planta , definiendo no solo las actividades médicas sino tambien actividades de enfermería, en lo referente a realización de pruebas complementarias, tratamiento, fisioterapia respiratoria, administración de O2. Se contemplan ademas aspectos tales como adhesión a la vía clínica por parte de los profesionales, valoración de encuestas de satisfacción a los padres y entrega de la hoja pictograma informativa para familiares

Resultados obtenidos.
La vía clinica se implanta en Enero 2008, se evalúan 165 pacientes enrolados y se comparan con 107 pacientes diagnosticados de bronquiolitis en la temporada anterior, antes de la implantación de la vía clínica. Ambos grupos eran homogéneos y con distribuciones similares en cuanto a sexo, edad y score de gravedad. Tras la implantación de esta vía clínica se observa una disminución de la estancia media hospitalaria de 6.75 días a 6,27 (p< 0.05) , una disminución del uso de corticoides del 11,2 a 5.4% (p= 0.05) y una disminución del uso de antibióticos del 14.9 a 7,2% (p< 0.05). Se realizan numerosas Rx de tórax 42% en el grupo manejado con la vía clínica y 48% en el grupo control.Además se valoró la adhesión de los profesionales a la vía clínica y las encuestas de satisfacción a familiares con puntuaciones altas en lo que respecta a la información y al tratamiento recibidos

Lecciones aprendidas.
Las vías clinicas son poderosas herramientas que permiten estandarizar el manejo de patologías prevalentes.Se ha reducido la estancia media , el uso de corticoides y de antibióticos de forma significativa en la primera fase de implantación de la guía clínica

E-14

IMPACTO DE LA CALIDAD SOBRE LA MORTALIDAD OCULTA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS

SÁNCHEZ NIETO, J*; FRANCO CAMPOS, MA; PAZ RAMÍREZ, L; CARRILLO ALCARAZ, A; CASTILLA MARTÍNEZ, M Y ANDÚJAR ESPINOSA, R.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: MORTALIDAD, CALIDAD ASISTENCIAL, UNIDAD CUIDADOS RESPIRATORIOS

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Area. Unidad Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) (hospitalización Neumología) Equipo multidiscip.: Neumólogos, Intensivistas, DUE

Descripción del problema/necesidades.
Problemática: Ventilación No Invasiva (VNI) se aplica en camas convencionales (CC) por profesionales “entusiastas”sin planes asistenciales. Consecuencias: déficitis calidad, exceso mortalidad oculta (MO=indicador tras alta UCI que traduce déficits calidad en CC). Actuación: 1º Diseñar Calidad en una UCRI, 2º Medir impacto en calidad y MO al año. Análisis: consensos, síntesis experiencias, ciclo mejora. Cuantificación: criterios e indicadores

Desarrollo y soluciones aportadas.
Audit clínico prospectivo, antes-después. Etapas (2 años): 1ª Diseño Calidad: Análisis situación (evaluar MO, calidad y síntesis experiencia), identificación componentes proceso y representación gráfica. 2ª Evaluación resultados (1 año): MO, calidad, indicadores. Análisis estadístico: variables como media ± DE y %. Comparación entre variables Chi2 y T Student.

Resultados obtenidos.
De sept. 2005 a mayo 2007 Diseño de Calidad: Análisis situación 19962006: MO=10,6%. Calidad: evaluación 6 criterios (152 medidas) 261 incumplimientos (49,8%). Síntesis: 26 recomendaciones y un Manual de VNI. Componentes proceso: A) Actividades: Indicar VNI, Ingresar UCRI, Ventilar, Dar alta. B) Protocolos (4) C) Mapas proceso (2) D) Identificación Indicadores Resultado: índice fracaso respiratorio tardío (Standard =20%), tasa intubación (St=10%), mortalidad UCRI (St= 10%) De enero a dic. 2008 evaluación resultados: 74 Pacientes, 72 años (DT = 11,84). Ph=7,29 (7,09-7,45) Análisis situación: 164 pacientes alta UCI con VNI. 132 ingresan CC (80,49%), MO=8 (6,1%). 32 ingresan UCRI (19,5%), MO=1 (3,1%) (p=0,692). Gravedad: score SAPS II: pacientes CC= 42.7±12.1 versus pacientes UCRI=41.5±13.7 (p=0,648). Calidad: Reevaluación 6 criterios (118 medidas). Mejora total incumplimientos: 261 vs 130 (p< 0.001), mejora significativa en 5 de 6 criterios. Indicadores resultado: fracaso respiratorio tardío=6,1%, intubación=5,5%, mortalidad UCRI=6,8%.

Lecciones aprendidas.
1ª El diseño de calidad, en una unidad de reciente creación (UCRI), mejora el nivel de calidad asistencial previo, en pacientes con VNI. 2ª La mortalidad oculta se reduce a la mitad al año de actividad. 3ª La medición de indicadores es coincidente con stándares. Mensaje: La implantación tecnologías emergentes, como la VNI, suele hacerse por métodos informales no planificados y tras presiones comerciales y profesionales. Frente a esta dinámica existen enfoques, que buscando la excelencia, aplican metodologías como el diseño de la calidad

E-15

LOS PROCESOS COMO BASE DEL SISTEMA DE GESTIÓN

CRISTINA MORENO RAMOS; ÓSCAR HERNÁNDEZ VIÁN; JORDI PUIG MANRESA; ANTONIO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ;
Mª DOLORES SÁNCHEZ IZQUIERDO Y JOAQUIM VERDAGUER PUIGVENDRELLO. SAP SABADELL

Palabras Clave: Gestión; procesos; homogeneizar; cambio cultural

RESUMEN

Contexto de partida.

Servicio de Atención Primaria (SAP) constituido por 13 Áreas Básicas de Salud con 20 centros. El proyecto se desarrolla desde 2006 al 2009. Implicados todos los profesionales de los equipos: 553

Descripción del problema/necesidades.

Analizamos la organización de los servicios, guías y protocolos, presión asistencial, accesibilidad, grado de resolución y competencia profesional, motivo de visita. El análisis mostró una desigualdad en la aplicación de la cartera de servicios en los diferentes centros, cuantitativa y cualitativamente. Se planteó la necesidad de revisar cómo los pacientes se mueven en nuestra organización y detectar puntos de ineficiencia para aplicar de manera homogénea la cartera de servicios en todo nuestro SAP

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñó estrategia para crear nueva cultura, motor de cambio de nuevos comportamientos , realizando un proyecto que contemplase el abordaje de aspectos técnicos y relacionales. Participaron 110 profesionales, enfermeras 22%, Médicos de Familia 24%, Pediatras 9%, administrativos 26% y TS 25%. FASES

1: Definición y consolidación de la estructura básica del proyecto
2: Constitución Grupo Motor (GM) 22 personas respetando los criterios multidisciplinar y multicéntrico. Se priorizaron 9 procesos: Comunidad, Accesibilidad, Gestión recetas crónicos, HTA, Diagnóstico rápido cáncer, Niño sano, Gestión pruebas complementarias, Gestión colas y Gestión patología aguda banal
3: GM y Grupos Expertos (GE) trabajaron los procesos priorizados. Actividades: formación en procesos, liderazgo, resistencias, trabajo equipo y visión compartida. Realizar diagramas de flujo y fichas de procesos. Planificación e implantación en los centros, puntos débiles y fuertes Fase 4: Presentación en los 13 centros y evaluación posterior

Resultados obtenidos.

Reorientación en el liderazgo de procesos crónicos y niño sano, homogeneizar como se presta la atenció a la población, mejorar accessibilidad a las 48h, reorientación de pacientes según competencia profesional Indicadores definidos por los grupos hay resultados 2007-08 6 procesos revisados, 5 alcanzaron objetivos, últimos 3 procesos implantados pendiente evaluación.

Lecciones aprendidas.

No podemos cambiar los comportamientos sin trabajar los valores en las organizaciones. La importancia de trabajarlo multidiciplinar y multicéntrico, con un liderazgo potente. La fuerza que ofrece al trabajarlo desde la dirección, con una masa crítica muy elevada (profesionales todos estamentos). Proyecto de gran esfuerzo y satisfacción Próxima vez reforzar al líder formal. Eleva competencia admisiones, cohesión, potencia visión sistémica,

E-16

DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL PLATÓ.

MINGUILLÓN CEBRIAN, CARME; CARRASCO MISERACHS, IGNASI; MIRO GARCÍA, DOLORS; GALLARDO GONZÁLEZ, GEMMA; CAMPS SALAT, RAIMON Y ATHENEA SOLUTIONS.
HOSPITAL PLATO

Palabras Clave: Procesos, indicadores, acciones de mejora

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Plató es un centro hospitalario de la XHUP de Catalunya que atiende pacientes agudos con una población de referencia de unos 100000 habitantes y se encuentra en el centro de Barcelona. Hospital Plató optó hace años por el modelo EFQM de excelencia que incluye el desarrollo de la gestión basada en procesos. La definición e implantación del Proceso de Hospitalización fué liderada por la Dirección Asistencial con la participación de un equipo multidisciplinar tanto asistencial como no asistencial.

Descripción del problema/necesidades.

Se definieron cuatro procesos clave de la organización (Atención Ambulatoria, Atención Quirúrgica, Atención Urgente y Atención en Hospitalización) que se encuentran en diferentes fases de desarrollo. Se describen las actividades realizadas para la definición e implantación del Proceso de Hospitalización.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En mayo del 2008 empezó la definición global del Proceso de Hospitalización, confeccionando los diferentes diagramas de flujo y fichas. Durante el primer trimestre del 2009 se definieron los indicadores que nos permitirán evaluar los Resultados obtenidos.

Estos indicadores están recogidos en una aplicación web (minerva indicadores) que permite a todos los profesionales de la organización, crear, validar, gestionar y consultar de manera centralizada todos los indicadores del proceso. Para facilitar la mejora continua del proceso, se utiliza la aplicación web (minerva tasques) que permite a todos los profesionales participar e introducir las incidencias i acciones de mejora que detecten y de esta forma al responsable del proceso gestionar su resolución o estudio de la propuesta.

Resultados obtenidos.

A partir de junio del 2009 empezamos la fase de mejora continua del Proceso, en la cual toda la información de que se dispone (resultados de indicadores, fichas de procesos, incidencias, sugerencias, propuestas…) se transforman en acciones concretas, planificadas y consensuadas que permiten la mejora del proceso.

Lecciones aprendidas.

La sistematización de las diferentes actividades del trabajo diario ha puesto en evidencia las oportunidades de mejora. El abordaje multidisciplinar de la búsqueda de oportunidades de mejora facilita la búsqueda compartida de soluciones a los problemas detectados.

E-17

MODELO DE VÍAS CLÍNICAS: MATERIALIZACIÓN ASISTENCIAL DE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

SABATER-RAGA, ROSA; ALOY-DUCH, ANDREU; MICÓ-REYES, ELO; FELIP-SABORIT, MARTA; GÓMEZ-BERMUDEZ, JOSEFINA Y TUSQUELLAS-OTO, CARME.
HOSPITAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: vías clínicas, gestión por procesos

RESUMEN

Contexto de partida.

Las Vías Clínicas se definen como "la planificación de manera estandarizada de todas las acciones que se realizan al paciente en un determinado proceso dentro de una secuencia temporal, basadas en la evidencia (MBE) y mediante consenso por todo el equipo interdisciplinario que interviene". En nuestro hospital, las Vías Clínicas las denominamos como en otros centros "Trayectorias Clínicas (TC)".

Descripción del problema/necesidades.

Presentar el Modelo de TC, según la Gestión por Procesos, problema/ describiendo las diferentes fases del mismo para su desarrollo global necesidades (elaboración, difusión, implantación y revisión).

Desarrollo y soluciones aportadas.

La actividad anual hospitalaria en el 2008 fue de 21.713 altas hospitalarias. En 2007, la Dirección encargó a los diferentes profesionales que intervienen en los procesos, el inicio de la protocolización de los mismos y su concreción en TC.

Resultados obtenidos.

1º. Presentamos el resultado del desarrollo de las TC: a. Revisión bibliográfica; b. Visitas a otros centros hospitalarios; c. Definición del marco conceptual con los patrones funcionales de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC y NOC, y las guías de práctica clínica médicas (MBE); d. Elaboración de las directrices sobre TC: paciente tipo e indicadores; e. Elaboración del formato de la plantilla distinguiendo las médicas de las quirúrgicas, y creación de las denominadas "TC genéricas". 2º. Para difundir el Modelo se realizaron: a. Cursos de formación; b. Reuniones interdisciplinares; c. Inclusión en la intranet corporativa. 3º. Para implantar el Modelo, se procedió a: asignar responsables de TC en cada servicio (propietarios de proceso); dar soporte metodológico y administrativo; iniciar la elaboración de las distintas TC; organizar el cronograma con fase piloto y TC definitiva. 4º. Para la revisión del Modelo, se procedió a realizar: a. Reuniones interdisciplinares de revisión; b. Evaluación de los indicadores; c. Acciones de mejora y rediseño. En segundo lugar, describir que en 2008 se implantaron 2 TC médicas y 7 TC quirúrgicas. En tercer lugar, se revisaron 1 TC médica y 2 quirúrgicas.

Lecciones aprendidas.

El desarrollo del Modelo ha facilitado la implicación de los diferentes profesionales, tanto en el momento de su elaboración como en su posterior aplicación. Así mismo, se ha aplicado esta metodología en el ámbito quirúrgico y en el médico, adaptándose a las peculiaridades de cada área. Creemos recomendable y necesario que cada institución tenga definido un modelo adaptado o propio de TC antes de iniciar todo el proceso.

E-18

IMPLANTACIÓN DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL ALTO DEBA: CAMINO A LA EXCELENCIA

ANGULO ORUE, J.L.; QUINTEIRO GARCÍA, A.I.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.; YARRITU FERNÁNDEZ, C.; DELGADO BOADILLA, E. Y ZUBIZARRETA GARCÍA, J..
HOSPITAL ALTO DEBA

Palabras Clave: Gestión por procesos. Macroproceso asistencial.

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital Alto Deba , partiendo de un sistema de gestión tradicional, ha realizado una implantación progresiva de un sistema de gestión por procesos hasta llegar al Macroproceso Asistencial. Liderados por el Director Gerente y su Equipo Directivo, se han sumado el equipo de calidad y los gestores de los procesos incluidos en el Macroproceso (Unidad de Diagnóstico, Urgencias, Hospitalización, Consultas Externas, etc) además del asesoramiento de una empresa externa y del apoyo de Osakidetza

Descripción del problema/necesidades.

Todo esto responde a un objetivo de la Dirección y al Plan Estratégico de Osakidetza Los flujos de trabajo en las organizaciones sanitarias son complejos, y exigen la intervención de múltiples actores. La ausencia de una gestión sistemática hace que exista el riesgo de demoras, descoordinaciones, omisiones, problemas de seguridad, etc. lo que provoca un trabajo ineficiente.

Esos problemas se analizaron viendo los indicadores de calidad asistencial utilizados entonces, así como las encuestas de satisfacción.

Por ello se propuso implantar un Macroproceso Asistencial único centrado en dar respuesta a las expectativas de los pacientes

Desarrollo y soluciones aportadas.

El desarrollo ha tenido diferentes fases, desde la configuración de los soluciones aportadas grupos de mejora, pasando por la gestión por procesos, hasta el actual Macroproceso Asistencial. Todo basado en la premisa de que el eje del funcionamiento del hospital es el paciente y todos los procesos giran en torno a él. El cambio fundamental que requiere esta nueva orientación, es que todos los responsables deben alinear sus procesos en función de la misión del Macroproceso Asistencial, implicando de esta manera en el proyecto a la totalidad de los profesionales

Resultados obtenidos.

Se ha roto con la organización sanitaria tradicional basada en diferentes servicios independientes, cada uno orientado a sus propios resultados, hasta llegar a un modelo en el que todos los procesos conforman un sistema integrado y centrado en un único macroproceso operativo y clave Se ha logrado la certificación ISO 9001 2000, utilizándose indicadores de satisfacción, accesibilidad, seguridad, trazabilidad, etc. que ponen de manifiesto una clara mejora de los resultados obtenidos

Lecciones aprendidas.

Se ha optimizado el trabajo, aumentando la eficacia con menor variabilidad y mayor seguridad.Este sistema mejora los indicadores asistenciales, permitiendo controlar las interacciones entre los diferentes procesos , además de facilitar esta interacción con procesos de apoyo. La gestión por procesos, orientada al paciente es una herramienta útil y eficaz de gestión

E-19

SISTEMÁTICA PARA LA PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SANCHIDRIÁN DE BLAS, C.; OLMEDO LUCERÓN, M.C.; DE FRESNO CEREZO, R.; EIZAGUIRRE FERNÁNDEZ-PALACIOS, T.; MARTÍNEZ VÉLEZ, F.J. Y RODRÍGUEZ BARRERO, C..
Hospital Gregorio Marañon

Palabras Clave: Protocolo, Procedimiento, Práctica clínica, Variabilidad

RESUMEN

Contexto de partida.
En 2004 la Dirección de Enfermería del HGU Gregorio Marañón decidió desarrollar un proyecto para sistematizar la elaboración, aprobación y evaluación de los protocolos y procedimientos (PT y PD) de enfermería. Para llevarlo a cabo se constituyó el Subcomité de PT y PD de Enfermería que se organizó en grupos de trabajo con profesionales expertos en cada uno de los PT o PD (17 grupos de trabajo coordinados por un miembro del Subcomité, 120 profesionales). Cada grupo recibió formación metodológica previa.
Descripción del problema/necesidades.
Se pretendía actuar sobre la variabilidad de la práctica clínica problema/ determinada por el elevado número de profesionales de enfermería necesidades (4000). Con este proyecto se persigue mejorar la práctica clínica al
homogeneizar y sistematizar los cuidados, normalizar la documentación y establecer criterios de evaluación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
1.Fase de preparación: en 2004 el subcomité desarrolla el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) de todo el proceso, cronología, protocolo con instrucciones, listado de protocolos a elaborar y organización de grupos de trabajo. 2.Fase de elaboración y aprobación de los PT y PD: reuniones de los grupos de trabajo semanales para el diseño, revisión posterior por el Subcomité y aprobación por la Dirección de Enfermería. 3.Fase de difusión: Los miembros del Subcomité realizaron la difusión de la secuencia de acceso a los PT y PD en la Intranet y de su método de utilización entre los profesionales de enfermería, a través de sesiones informativas e intervenciones específicas (pósters, fichas, talleres…). Se evaluó la cobertura de la difusión realizada. 4.Fase de evaluación (en proceso):Se ha comenzado por los protocolos relacionados con la seguridad del paciente. 5. Fase de revisión y actualización:Se está haciendo actualmente, a los 3 años de la elaboración.
Resultados obtenidos.
Se ha establecido una sistemática reglada de elaboración, revisión y evaluación del conjunto de PT generales de enfermería. Productos: 30 protocolos y 80 procedimientos normalizados (928 jornadas de trabajo, durante 3 años) basados en la evidencia, con indicadores de evaluación y monitorización, accesibles y actualizables. Los datos recogidos en la evaluación permiten ver la mejora continua.
Lecciones aprendidas.
Utilizar el ciclo del PDCA en las diferentes fases del proyecto, así como la participación multidisciplinar en el mismo, ha ayudado a una mayor implicación de los profesionales en la mejora de los cuidados. Además ha sido un foro de discusión basado en la evidencia científica. La evaluación de la fase de difusión ha evidenciado múltiples áreas de mejora.

E-20

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DIGITALIZACIÓN DE IMÁGENES EN EL H.U. PUERTA DEL MAR Y SU ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MORENO CAYETANO, I.; CALVO LÓPEZ, MJ.; GARCÍA VILLAR, C. Y RUÍZ ACOSTA, A..
Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

Palabras Clave: PACS

RESUMEN

Contexto de partida.
Iniciativa del proyecto llevada a cabo por la Gerencia del H.U.Puerta del Mar, la Dirección del Distrito de Atención Primaria (AP) y el Servicio de Radiodiagnóstico, con la colaboración de la Unidad de Informática del Centro y la empresa IRE-Rad.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo principal es dotar al HUPM, su centro periférico (CPE) y su problema/ área de AP de un sistema PACS (Picture Archive and Comunication necesidades System) que agrupa a todos los dispositivos encargados de obtener,
archivar, visualizar y transmitir imágenes radiológicas, con el objetivo final de trabajar en un entorno sin placas. Se pretende: Mejorar la Calidad Asistencial Aumentar la Seguridad y Confidencialidad Mejorar Flujo de trabajo y de información entre los diferentes Servicios del Hospital, CPE y AP Eliminar el uso de soportes no digitales: placas, papel Reducir Costes Reducir el impacto ecológico: disminución de los residuos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La implementación de un PACS es una modificación cultural importante que requiere un proyecto de gestión del cambio con tres etapas: Plan de implantación tecnológica: Adecuación de software y hardware dotando de estaciones de diagnostico de alta resolución, integrando imágenes digitales en el sistema de información del Hospital, CPE y AP. Plan de comunicación encargado de generar el conocimiento adecuado sobre el nuevo sistema a implantar y sus ventajas Plan de formación a los usuarios habituales, radiólogos, TER y clínicos a realizar en dos fases: una básica inmediatamente anterior a la puesta en marcha del sistema y otra en profundidad tras un tiempo de trabajo cuando cada usuario plantea sus dudas
Resultados obtenidos.
Los objetivos específicos se analizaron con los siguientes indicadores: Mejora de la Calidad Asistencial, del flujo de trabajo y el sistema de información entre los diferentes Servicios del Hospital, CP y AP: disminución de los tiempos de respuesta y acceso en tiempo real a la imagen y al informe radiológico. Aumento de la Seguridad y Confidencialidad: realización de copias de seguridad y aplicación de la LOPD. Eliminación del sistema de archivos de placas físico Reducción de costes: eliminación del consumo de placas y gastos derivados del transporte de las mismas. Tras seis meses de funcionamiento se han cumplido todos los objetivos previstos
Lecciones aprendidas.
El desarrollo del proyecto ha sido posible gracias al impulso de la Gerencia del Centro y la Dirección de Distrito, con la participación indispensable del Servicio de Radiología y la Unidad de Informática,con la colaboración del resto de los Servicios del Hospital y Área Sanitaria.

E-21

REUNIONES INTERDISCIPLINARES DE UGAL:EXPERIENCIA INNOVADORA EN UN MODELO DE GESTIÓN ORIENTADO A RESULTADOS

PADILLA,L; REQUENA,MV; ESTRADA,A; PADILLA,A; CORRALES,R Y MORA,F. HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Gestión Clínica,Continuidad asistencial,Gestión de Cuidados,Reunión Interdiscipl

RESUMEN

Contexto de partida.

Contexto de partida En Noviembre de 2005, un grupo de profesionales integrantes de la U.G.A.L del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga,comprometidos con un sistema sanitario efectivo desde la sostenibilidad,deciden buscar elementos e instrumentos de gestión que garanticen la continuidad asistencial,en especial de aquellos pacientes frágiles,con alta dependencia en cuidados, y por consiguiente con alto riesgo de aumento de la estancia hospitalaria ingresados en dicha unidad. Es en este contexto donde surge la idea de realizar reuniones interdisciplinares integradas por Enfermeras Gestoras de Casos,Trabajadora Social,Supervisor de la Unidad,Facultativo referente y FEA Rehabilitador que de forma periódica,analizan los casos de aquellas personas en las que se hace necesario una coordinación efectiva de todos los profesionales,con el fin de garantizar una adecuada transición en tiempo y recursos disponibles,de estos usuario/as

Descripción del problema/necesidades.

Necesidad de identificar a la población más frágil,con mas necesidad o/y complejidad en los cuidados,o en riesgo de exclusión social que sean susceptibles de beneficiarse de un plan de cuidados con una secuencia temporal consensuada y personalizada articulada dentro de la UGC y en el marco de los PAI. Planificar con anticipación las necesidades socio-sanitarias de todos aquellos usuario/as con dependencias,desde su ingreso. Asegurar un alta adecuada y oportuna acorde a las necesidades de las personas,estableciendo circuitos formales de derivación,entre todos los profesionales de la unidad y en los diversos escenarios asistenciales

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde 2005 hasta hoy,el Grupo de Profesionales de UGAL de nuestro hospital,se ha consolidado como un instrumento de gestión clínica innovador,capaz de dar respuesta a la población con mas necesidad asistencial y que ha supuesto un valor añadido al mejorar la eficacia,efectividad y eficiencia en la prestación de cuidados en la UGAL

Resultados obtenidos.

Un total de 568 pacientes,se han beneficiado de la Gestión de Casos:altas con soporte socio-sanitario,Material ortoprotesico gestionado,gestión de citas y transporte.Ofreciendo así mismo una atención personalizada a todos/as los/as cuidadores/as.Con una disminución de la estancia media en el proceso fractura de cadera del 23,4%

Lecciones aprendidas.

La creación de un grupo interdisciplinar en la UGAL ha constituido un elemento innovador que agiliza y potencia la prestación de cuidados en el marco de la Gestión Cínica,disminuyendo el alto coste de la atención sanitaria,mediante la adecuación del tiempo de hospitalización,como elemento de mejora continua y sostenibilidad

E-22

IDENTIFICACIÓN DE TECNOLOGÍAS NUEVAS Y EMERGENTES. NUEVA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN.

PRADOS TORRES JD* ; LEIVA FERNÁNDEZ F; VIDAL ESPAÑA F; BARNESTEIN FONSECA P; IRASTORZA ALDASORO A Y GALLO GARCÍA C .
UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA DE MÁLAGA

Palabras Clave: Health Technology Assessment, Expert Testimony.

RESUMEN

Contexto de partida.

Emplazamiento: Sistema Sanitario Público Andaluz. Agencias Españolas de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Participantes: Expertos técnicos en evaluación de tecnologías sanitarias. Médicos tutores de MIR (Médicos Internos Residentes).

Descripción del problema/necesidades.

Objetivo: Revisar y pilotar una propuesta de identificación y clasificación de tecnologías sanitarias evaluadas por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS).

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diseño: Metodología cualitativa. Elaboración en una fase anterior, de un sistema de clasificación de tecnologías sanitarias evaluadas por las AETS. Envío de dicho sistema a expertos de AETS. Análisis de las propuestas de modificación realizadas por estos expertos. Elaboración de una propuesta de clasificación, exposición y difusión de la labor de las AETS.
Método: Muestreo no probabilístico. Selección de expertos adscritos a las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Búsqueda exhaustiva en Internet de informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Selección de 17 médicos tutores MIR con práctica clínica habitual para pilotaje y grado de acuerdo (> 70% tutores clasifican el informe en la misma categoría) con la clasificación propuesta respecto a 12 informes de evaluación de agencias.

Resultados obtenidos.

RESULTADOS PRINCIPALES: La nueva propuesta de clasificación de tecnologías sanitarias evaluadas por las AETS españolas, se estructura en 11 categorías temáticas, frente a las 9 que componían la clasificación previa.
Los contenidos de las categorías establecidas, se vertebran en torno a 6 grandes grupos matrices: Tecnologías Preventivas; Tecnologías Diagnósticas; Tecnologías Terapéuticas; Tecnologías Diagnósticas y Terapéuticas; Tecnologías Organizativas; y Gestión del Conocimiento y Calidad. Con este formato se elabora una propuesta de exposición y presentación de la labor de las AETS que facilite su acceso y consulta a los usuarios. Acuerdo en el pilotaje para el 58.33% de los informes propuestos.

Lecciones aprendidas.

CONCLUSIONES: La clasificación de la labor de las AETS, representa una herramienta útil tanto para la gestión del conocimiento, como para su transferibilidad. Unificar criterios de clasificación, y una adecuada exposición de dicha labor, facilitaría su acceso a los usuarios, lo que contribuiría a potenciar la difusión de los informes elaborados por las AETS.

E-23

INDICADORES DE CALIDAD EN LA MONITORIZACIÓN DEL PROCESO “GESTIONAR ACCESO” EN UN EAP. RESULTADOS A UN AÑO

Mª ANGELES DE MIGUEL ABANDO ; Mª TERESA SANZ BAYONA; Mª ANGELES LÓPEZ CABELLOS; Mª JOSÉ CALAHORRO PUERTO; TERESA SANZ CUESTA Y PILAR MARTÍN-CARRILLO DOMÍNGUEZ .
Gerencia de Atención Primaria área 9 Madrid

Palabras Clave: Gestión_por_procesos, Acceso, Atencion_ Primaria, Reclamaciones

RESUMEN

Contexto de partida.
Equipo Atención Primaria (EAP).Servicio Sanitario Público. Directora del EAP.Comisión Dirección EAP;1 profesional por estamento:Médico de familia (MdF),Enfermera,Auxiliar administrativo,Residente MdF y Responsable Calidad (RC)
Descripción del problema/necesidades.
Dificultad percibida de accesibilidad al EAP, heterogeneidad procedimientos de cita autoconcertada, malestar de profesionales y reclamaciones.Dificultad para obtener citas presencial o telefónica.En 2007 se evaluó el proceso “Gestionar Acceso” (PGA) por análisis de campos de fuerza, identificándo:6 ayudas,4 barreras,4 puntos fuertes y 4 áreas de mejora.Análisis de actividad asistencial de profesionales, accesibilidad de usuarios y reclamaciones
Desarrollo y soluciones aportadas.
Puesta en control del PGA con indicadores de calidad del EAP. Medidas de mejora: elaboración de criterios de actuación,instalación de back office,reorganización de actividad UNAD,revisión circuito desburocratización,seguimiento de indicadores.Se nombró propietario: Director del EAP.Grupo de mejora Comisión de Dirección EAP;1 profesional por estamento y RC.Reuniones EAP periódicas.1-Evaluación del PGA,puesta en control, análisis indicadores de accesibilidad, calidad técnica y percibida, Plan de Mejora, evaluación periódica y reelaboración plan de mejora
Resultados obtenidos.
Indicadores del PGA: De actividad asistencial:consultas atendidas con y sin cita;de accesibilidad:citas autoconcertadas, consultas telefónicas; De calidad técnica: desburocratización de recetas, ITs entregados en UNAD, De calidad percibida: Reclamaciones.Comparamos indicadores preintervención Enero-Junio (E-Jn) 2007, postintervención Julio-Diciembre (Jl-D) 2007 y reevaluación E-Jn 2008 y Jl-D 2008.Aumenta desburocratización (13.62% a 17.88%) y IT´s UNAD (2882 a 6512). Disminuyen consultas atendidas(138.433 a 104.907) y ligeramente consultas sin cita (11% a 10.6%). Aumentan consultas telefónicas mensuales (53 a 68).Incialmente aumentan consultas autoconcertadas enfermería (52%-58%-61%-48%)y MdF (52%-66%48%-43%) No mejoran reclamaciones.La necesidad de repartir consultas por ausencias no cubiertas de profesionales sanitarios distorsionó la tendencia de aumento consulta autoconcertada y aumentó las reclamaciones.
Lecciones aprendidas.
La puesta en control del PGA mejora los indicadores actividad asistencial, de calidad técnica y aumenta consultas telefónicas. Es necesario trasladar de forma más eficiente la necesidad de satisfacer a nuestros clientes externos.Poner en control el PGA mejora aun en situaciones límite derivadas de la imposibilidad de suplir a los profesionales.

E-25

PROCESO DE MEJORA CONTINUA. PROGRAMA DE ACREDITACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

COLMENERO CAMACHO M*; DEL NOZAL NALDA M; VILAPLANA GARCÍA A; DE DIEGO FURNIER M;
BARROSO GUTIERREZ C y DEL ÁLAMO HERNANDO I.
martai.nozal.sspa@juntadeandalucia.es

Palabras Clave: ACREDITACIÓN; CALIDAD

RESUMEN

Contexto de partida.
Se muestra el plan de acción desarrollado en el Hospital Universitario Virgen Macarena para afrontar los Procesos de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) así como para el desarrollo de diferentes iniciativas de seguridad de paciente. En el plan se han visto implicados profesionales de diferentes estamentos y la Dirección.
Descripción del problema/necesidades.
El proceso de acreditación supone implicar y motivar a colectivos profesionales y promover un cambio cultural para garantizar la superación de cada uno de los procesos. Es una herramienta de mejora de la calidad de la asistencia prestada.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para cada procesos se constituyeron grupos de trabajo multidisciplinares. La Subdirección de Calidad asume la coordinación, así como el papel facilitador. Se ha promovido la formación específica en el modelo, la participación activa de todos y el enfoque multidisciplinar de cada uno de los estándares. Las fases establecidas han sido: constitución de los grupos de trabajo; formación; programación semanal de actividades; asignación de responsabilidades y velar por su cumplimiento y difundir el trabajo realizado a todos los profesionales para hacerles partícipes activos en el proceso.
Resultados obtenidos.
En los últimos 3 años nos hemos implicado en el desarrollo de 6 Procesos de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica, la obtención del Distintivo Manos Seguras, la autoevaluación sobre el grado de implantación de la Estrategia para Seguridad del Paciente y la elaboración del listado de verificación de seguridad quirúgica. Actualmente las UGC de Obstetricia y Ginecología; Oncología Radioterápica y Dermatología disponen de la Acreditación Avanzada. Durante el primer semestre de este año han iniciado el proceso las UGC de Microbiología; Enfermedades Neumológicas y Neonatología identificándose 246, 248 y 431 evidencias positivas y 48, 82 y 75 áreas de mejora respectivamente. En el último año se ha obtenido el Distintivo Manos Seguras. Durante la evaluación de la Estrategia de seguridad de Paciente se ha identificado 201 evidencias positivas y 32 áreas de mejora. El listado de verificación quirúrgica se ha elaborado y se ha desarrollado el pilotaje previo a su implantación.
Lecciones aprendidas.
Los resultados obtenidos nos alientan a continuar con la misma sistemática de trabajo planteada. La experiencia nos ha hecho modificar los grupos de trabajo e incrementar las actividades de formación. Por último la participación de la Dirección es imprescindible para transmitir la cultura necesaria y contribuye a motivar y minimizar las dificultades que puedan surgir durante el proceso.

E-26

GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN EN EL HOSPITAL ALTO DEBA: ¿ POR QUE CERTIFICARSE SEGÚN LA NORMA UNE 166002: 2006 ?

QUINTEIRO GARCÍA, A.I.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.; ANGULO ORUE, J.L.; YARRITU FERNÁNDEZ, C.; RUIZ DE EGUINO LANGARIKA, J. Y MAR MEDINA, J..
Hospital Alto deba

Palabras Clave: Innovación y tecnología. Norma UNE

RESUMEN

Contexto de partida.
El plan estratégico de Osakidetza 2008-2012: "De la Excelencia a la Innovación "se plantea introducir en la organización la cultura de la innovación. El Hospital Alto Deba dispone de una oportunidad única ante la apertura de un nuevo hospital en el 2010, creándose en año 2006 el Comité de Innovación y tecnología, liderado por el Gerente y su Equipo Directivo, a los que se han sumado gestores de los procesos

Descripción del problema/necesidades.
Se detecto la necesidad de sistematizar la implantación de sistemas de innovación, definiendo criterios para su priorización y selección, así como la planificación de las acciones necesarias y la consecución de objetivos. Se implantó un sistema de gestión de la innovación, basado en la Norma UNE 166022: 2006, permitiendo sistematizar los procesos de innovación y establecer mecanismos para desarrollar y poner en marcha ideas orientadas a la mejora que supongan una mejora sobre el paciente, las personas y/o el medio ambiente

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creo el Comité de Innovación y Tecnología con el fin de detectar la necesidad de innovación de manera sistemática y de definir criterios para la priorización y selección de dichas necesidades, creándose además una Unidad de Investigación interhospitalaria que se incluyó dentro del Comité. Esta experiencia, unida al sistema de gestión por procesos implantado en el Hospital, impulsó la idea de certificar este proceso de innovación por la Norma UNE 166022:2006

Resultados obtenidos.
Las actividades gestionadas por el Comité han sido la imagen digital radiológica, los sistemas de seguridad transfusional a través de PDA y la implementación de sistemas de almacenamiento inteligentes. Respecto a los sistemas de información han sido la historia clínica electrónica, mediante el PCH y el E-osabide, así como el programa TAO para Hospitalización a Domicilio. Bajo la Norma UNE se esta trabajando la dotación de equipamiento para el nuevo hospital , así como la incorporación de sistemas de información Para la medición se definieron 2 tipos de indicadores: de gestión de proyectos (volumen, efectividad y coste económico) y de impacto (satisfacción, volumen y coste-efectividad)

Lecciones aprendidas.
1.La gestión de la innovación, según la Norma UNE 166022: 2006 permite detn/TT0 1 Tf-0.odi8(aprenne)-2de almaca-

E-100

GESTIÓN CLÍNICA DE LAS UNIDADES DE SALUD FAMILIAR

PISCO, L.
DIRECTOR DEL GRUPO DE REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Palabras Clave: Reforma de la atención primaria; unidades de salud familiar; autonomía; proceso voluntario.

RESUMEN

Contexto de partida.

El servicio nacional de salud Portugués tuvo y tiene un papel muy importante en la mejoría de la salud de los portugueses. Aunque el sistema de salud parezca teóricamente bien, en realidad se enfrenta muchos problemas. El SNS es una estructura muy centralizada y burocrática, no existen incentivos para el buen desempeño ni para la calidad, la insatisfacción de los profesionales constituye un desafío y una amenaza al desarrollo de la Atención Primaria (Médicos y Enfermeras de Familia son funcionarios públicos con remuneración independiente del funcionamiento). El debate sobre la reforma del sistema de salud y la búsqueda de soluciones alternativas se ha intensificado en los últimos años y en 2005 se inicio la reforma.

Descripción del problema/necesidades.

Buena cobertura, pero desigual en el territorio, accesibilidad de hecho, poco facilitada, 11,2% de usuarios inscritos, pero sin MF atribuido, libertad de opción, por el ciudadano, del MF, o de cambiar de MF reducida. Los objetivos principales de la reforma de la atención primaria de salud son mejorar la accesibilidad, incrementar la satisfacción de los profesionales y de los ciudadanos, mejorar la calidad y continuidad de cuidados y mejorar la eficiencia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La reconfiguración de los centros de salud obedece a un doble movimiento: la constitución de pequeñas unidades funcionales autónomas (USF), prestadoras de cuidados de salud a la población, que proporcionará mayor proximidad al ciudadano y mayor calidad del servicio y la agregación de recursos y estructuras de gestión (Agrupamientos de Centros de Salud), eliminando concurrencias estructurales, obteniendo economías de escala. Las Unidades de Salud Familiar, pequeños equipos multiprofesionales, formados voluntariamente, auto-organizados, y compuestos de 3 a 8 médicos de familia, por un mismo número de enfermeras de familia y profesionales administrativos, que abarcan una población de entre
4.000 y 14.000 personas. Estos equipos disponen de autonomía técnica, funcional y organizativa, y, muy importante, un sistema de pago mixto, (capitación/salario/ objetivos), incentivos financieros y profesionales que recompensan méritos (basados en su actividad) y es sensible a la productividad y accesibilidad, pero también, y sobre todo, a la calidad. Las principales características son: adhesión voluntaria de profesionales y usuarios, trabajo en equipa, obligatoriedad de un sistema de información, régimen de remuneración sensible al desempeño, régimen de incentivos, contratualizacion y evaluación. 1 Marzo 2006 – Apertura de las candidaturas para las USF, 4 Setiembre 2006 – Inicio de Actividad de las primeras USF, ley 298/2007 de 22 de Agosto establecimiento del régimen jurídico de las USF, 30 Diciembre 2007 – Inicio de actividad de la 100ª USF, actualmente más de 100 candidaturas en evaluación.

Resultados obtenidos.

Hasta el momento tenemos 200 USF funcionando, con cerca de 4000 profesionales, 1420 médicos, 1.445 enfermeras, 1135 administrativos, dando cobertura a 2.500.000 pacientes. La media de la lista anterior

Lecciones aprendidas.

era de unos 1.550 pacientes y la media de la nueva es de 1.750 con un gano de cobertura de 300.000. La media de las USF es de 12.000 pacientes, 7 médicos y 20 profesionales en total. Monitorización de la satisfacción de los usuarios y profesionales en 146
Unidades de Salud Familiar en Febrero de 2009
Usuarios - 12.713 cuestionarios recibidos. 75,8% Tasa de respuesta global 93,7% recomendaría esta USF a mis amigos. Satisfacción global 83,5%
Profesionales - 2.821 cuestionarios recibidos. 85% Tasa de respuesta global Política de Recursos Humanos - 73,6% satisfechos. Calidad del trabajo - 74,7% satisfechos 97,9% recomendaría esta USF a mis amigos. Los informes de los contratos disponibles en Internet, demuestran ganancias de eficiencia por ejemplo, en el uso de medicamentos y exámenes de diagnóstico.
La importancia de la creación de las USF ser un proceso voluntario de la base hacia el tope con total implicación de los profesionales de salud. La importancia de un fuerte apoyo político.
La importancia de aumentar la accesibilidad de los usuarios a los servicios, mejorar la calidad de la atención.
La importancia de una buena comunicación con la prensa.

C-1

IMPLANTACIÓN DE UNA TÉCNICA DIAGNÓSTICA MULTIMODAL(PET/TC). IMPACTO EN LOS PROCESOS DE UN CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR

YSAMAT, M.; CONDOMINES, B.; RIERA, E.; GARCÍA-GARZÓN, J.R.; LOZANO, P. Y CETIR GRUP MÈDIC .
CENTRO DE TECNOLOGIA DIAGNÓSTICA

Palabras Clave: DOBLE LECTURA, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, CALIDAD, INTEGRACIÓN

RESUMEN

Contexto de partida.
CETIR Grup Mèdic es un conjunto de empresas dedicadas a la Medicina Nuclear (MN) y al Radiodiagnóstico (RD). En 2001 se creó la Unidad PET, circunscrita al ámbito de gestión de MN, y se implantó el Sistema de Calidad (ISO 9001) común a todas las unidades asistenciales del Grupo. En 2005 se sustituyó el equipo PET por uno híbrido PET/TC. La apuesta por obtener el máximo rendimiento diagnóstico de la imagen multimodal exigió rediseñar los procesos alineando profesionales de MN y RD
Descripción del problema/necesidades.
La técnica PET/TC precisaba integrar los procesos PET y TC, y definir nuevos protocolos diagnósticos. Se pretendía, además, elaborar un informe médico final en el que se recogiera, junto a la información PET y TC por separado, una impresión diagnóstica consensuada entre ambos estudios, lo que obligaba a redefinir responsabilidades y funciones al integrar profesionales de dos ámbitos del Diagnóstico por la Imagen: MN y de RD
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó un equipo multidisciplinar liderado por un médico especialista en MN, responsable de la exploración, pero correspondía al radiólogo decidir aspectos metodológicos de la TC y la administración de contraste. Se rediseñó el acto médico, los circuitos y el informe médico. Se generó una plantilla informática estructurada en tres apartados (PET, TC y conclusión) que incluía la doble firma (especialista en MN y en RD). Se documentó el proceso de atención al paciente, se desarrollaron registros y documentos informativos y se editaron protocolos asistenciales propios de la nueva técnica.
Resultados obtenidos.
Las auditorías internas y externas realizadas desde julio de 2006, evidencian que la Unidad trabaja según los procedimientos implantados y se han consolidado las nuevas sistemáticas de trabajo. Durante el 2009 se ha potenciado la utilización del telediagnóstico en las unidades del Grupo. La posibilidad del trabajo a distancia, sin que sea imprescindible que los especialistas en RD y MN trabajen juntos físicamente en la Unidad,ha permitido ajustar los tiempos y mejorar la eficiencia global del servicio, agilizando la edición del informe médico, la validación administrativa y la entrega de resultados
Lecciones aprendidas.
En septiembre de 2008, los mismos procedimientos han podido ser implantados en una nueva unidad PET/TC del Grupo, y certificados según la Norma ISO 9001:2008 a finales de año. Consideramos esta experiencia, su viabilidad y el éxito de la integración de los procesos y profesionales implicados, un buen punto de partida dada la integración tecnológica que se está imponiendo en el ámbito de la Medicina Nuclear (SPECT/TC, RM/PET..)

C-2

"EVALUACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA"

*ORTIZ OTERO, MM.; BORBUJO MARTIENZ, J; MARINERO ROJAS, O; DEL VIGO VEGA, S Y GÓMEZ IBÁÑEZ, Y.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Autoevaluación; gestión procesos asistenciales: dermatologia; mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Hospital de Fuenlabrada, Servicio de Dermatología, en Consultas, con equipo multidisciplinar, (dermatólogos, enfermeros; auxiliares , MIR; Jefe de servicio, Supervisora y responsable de calidad).
Descripción del problema/necesidades.
En 2008, se hizo el diseño e implantación de la Gestión por Procesos problema/ en Consultas de Dermatología, haciéndose un pilotaje del mismo y se necesidades vio la necesidad de evaluar el proceso y obtener áreas de mejora en las consultas, por ello se realizó una Autoevaluación del área de consultas externas. El proceso diseñado se enfocó en la mejora del proceso de consultas y a la satisfacción de pacientes y usuarios del servicio. Se analizaron indicadores del cuadro de mando del servicio, un estudio de las reclamaciones de los pacientes y resultados de las encuestas realizadas a pacientes y profesionales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Objetivo: Evaluar el proceso y diseñar un Plan de Mejora para las Consultas Externas de Dermatología. La Autoevaluación y desarrollo del plan de mejora consta de: Organización y Lanzamiento del Proyecto. Creación de cuatro grupos de trabajo multidiciplinares. Elaboración del Informe de situación del servicio. Formar en el modelo EFQM al equipo de trabajo. Realización de la Autoevaluación, con puntos fuertes y áreas de mejora. Elaborar un Plan de Mejora. El proyecto fue presentado al servicio así como a la Dirección del hospital, y a todo el hospital mediante una Sesión General.
Resultados obtenidos.
Se reunió a todo el personal implicado en las consultas de Dermatología (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) a fin de presentarles el proyecto de Autoevaluación y conocieran el trabajo a desarrollar, así como la necesidad de que expresaran sus inquietudes sobre el proyecto. Se programaron cuatro reuniones, en la primera se realizó la formación sobre el modelo EFQM, para que el grupo de trabajo seleccionado conocieran la herramienta y sistemática de actuación. Se analizaron cada subcriterio del Modelo, obteniendo gran cantidad de áreas de mejora y puntos fuertes. El Comité de Autoevaluación creado, priorizó cada una de las áreas de mejora. Se ha desarrollo Plan de Mejora.
Lecciones aprendidas.
La experiencia ha sido altamente satisfactoria y útil para la gestión de un proceso asistencial,. La participación de los clínicos es básica para el buen funcionamiento del proceso. El modelo EFQM es válido para la gestión de los procesos asistenciales. Promoción de la cultura de calidad y conocimiento del modelo entre los profesionales. Diseño de un Plan de Mejora para el proceso de consultas de Dermatología.

C-3

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE RESONANCIA MAGENTICA EN EL HOSPITAL

ORTIZ OTERO, MM; ALONSO MARTÍN, JJ; GÓMEZ SANTOS, D; MARINERO ROJAS, O Y GÓMEZ IBAÑEZ, Y.
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Palabras Clave: RMN; Evaluación; Indicaciones; adecuación; impacto clínico

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en la Comisión de tecnológica. El grupo de trabajo fue multidisciplinar, miembros de la comisión.
Descripción del problema/necesidades.
La RM es la técnica de imagen aplicada a la medicina de mayor expansión. En un reciente estudio se ve un incremento del 145% de las RM realizadas (Semin S, Demiral Y, Trends in diagnostic imaging utilization in a university hospital in Turkey. Int.J.Technol.Assess.Health Care 2006 Fall;22(4):532-536). La RM es una técnica poderosa en el diagnóstico clínico, pero el incremento de su uso ha saturado la capacidad de la mayoría de los hospitales del SNS. En este contexto es pertinente la realización de la evaluación de si las indicaciones de RM son apropiadas y junto con las peticiones para concluir como se puede mejorar la efectividad de la técnica en el Hospital.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Conocer el % de peticiones inadecuadas o no pertinente de RM realizadas en el Hospital globalmente y por servicios que las solicitan.1 Conocer el grado de justificación formal de la petición. 2.El grado de adecuación de la priorización 3. Conocer la relevancia o impacto clínico que ha tenido. 4.Conocer el porcentaje de peticiones pertinentes que se ha realizado. Se obtuvo un registro de todas las peticiones de RM de 2006 y se hicieron 6 grupos. Se hizo un muestreo ponderado de 250 indicaciones (4%) del total para evaluación. El equipo examinó la petición y la historia clínica del paciente.
Resultados obtenidos.
Adecuación de la indicación: se vió que 82.5% la indicación de la petición fue adecuada y se realizó de acuerdo con los protocolos para el manejo de esa patología y un 9% de los casos,se consideró como pertinente, pero se realizó de forma no congruente con los protocolos usuales. Existencia del impacto clínico. Fue analizado a partir de los comentarios de los médicos peticionarios. El 75% de las solicitudes figuraba de forma adecuada la justificación o motivo de pedirla por parte del médico responsable del paciente. Resultados por grupos de la evaluación. Se han encontrado diferencias entre los grupos estudiado en todos los parámetros. Se puede decir que las unidades que más frecuentan la técnica (traumatología y neurología) son las que más peticiones inadecuadas realizan.
Lecciones aprendidas.
El número de solicitudes de RM realizados en el Hospital no difiere mucho de los observados en los hospitales de nuestro entorno, aunque se encuentra ligeramente por encima de la media. Un 8.5% de las peticiones ha sido considerada como inadecuada con diferencias importantes entres los grupos peticionarios analizados. El estudio muestra oportunidades de mejora.

C-4

VIGENCIA DE LOS ACTUALES MODELOS DE PRIORIZACIÓN EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.

LEÓN MUÑOZ, V. *; LÓPEZ LÓPEZ, M. Y SÁNCHEZ GUERRERO, MJ. .
HOSPITAL VEGA DEL RÍO SEGURA

Palabras Clave: Listas de espera, Prótesis de rodilla

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en la Unidad de Cirugía de Rodilla del Hospital Vega del Río Segura desarrollado por el Coordinador de la Unidad, la Informática encargada de la implantación de la aplicación para la automatización de la información clínica y la Enfermera de CCEE.
Descripción del problema/necesidades.
Uno de los problemas de los sistemas sanitarios con financiación pública son las listas de espera de la cirugía electiva (LEQ). Es necesario disponer de instrumentos de priorización que obvien el exclusivo criterio temporal y tengan en cuenta otros condicionantes. Las dudas respecto a los actuales modelos son compartidas por el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia y por el Servicio Murciano de Salud.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El circuito actual para la inclusión del paciente en LEQ se inicia con la generación de un acto clínico mediante una herramienta informática y se prioriza la intervención (1, 2 ó 3) de forma arbitraria a criterio del facultativo que hace la inclusión, atendiendo a las prioridades que contempla el RD 605/2003, del 23 de mayo. Hemos diseñado y desarrollado un formulario electrónico para priorizar a los pacientes que se incluyen en LEQ para artroplastia total de sustitución de rodilla, al que se accede directamente desde el formulario web específicamente creado para el estudio de la patología degenerativa de rodilla. Hemos atendido a los criterios de la prueba piloto realizada en Cataluña (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques).
Resultados obtenidos.
La aplicación de criterios de priorización obtiene un resultado numérico de forma automatizada que discrimina entre paciente incluidos en el mismo momento en LEQ. Como experiencia inicial, se ha trabajado con las puntuaciones de los pacientes incluidos en LEQ desde enero hasta abril del 2009 por un sólo cirujano. Índice de prioridad (0-100): 51,5 ± 21,72. Knee Society Score (0-100): 49,79 ± 15,43. Knee Society Functional Score (0-100): 51,07 ± 18,1. Oxford Knee Score (48-0): 20,86 ± 12,59. Sólo se ha obtenido correlación estadísticamente significativa entre el IP y la KSS.
Lecciones aprendidas.
El formulario ha sido recientemente instaurado, es aún escaso en número de inclusiones y se está cumplimentando de forma experimental como paso previo para comunicar su utilidad en la gestión de la LEQ, por lo que formular conclusiones es precipitado. Pensamos que puede ser un instrumento válido para discriminar la prioridad entre los pacientes que ingresan en lista de espera y puede tener un impacto positivo en la gestión de la lista de espera en lo que respecta a transparencia, ecuanimidad e información.

C-5

LA INFORMATIZACIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA VASCA Y SU NECESIDAD DE EVALUACIÓN: HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

ENRIQUE GONZÁLEZ ARZA Y IRATXE REGIDOR FUENTES.
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN A. P. - BIZKAIA

Palabras Clave: Informática, Historia Clínica, Evaluación, Calidad Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde noviembre de 2008, un equipo multicisplinar trabaja en el estudio y propuesta de un proyecto de investigación para evaluar los sistemas de información implantados en la sanidad pública vasca. El equipo está compuesto por personal sanitario y no sanitario, y con el asesoramiento de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia.

Descripción del problema/necesidades.

Tras una revisión de la bibliografía existente (MEDLINE, IME), se observa que la introducción de la informática en AP se ha evaluado su impacto respecto a la calidad/cantidad de los datos, la incidencia en la relación con el paciente, y las actitudes y expectativas de los profesionales. Estas evaluaciones, escasas, se han realizado en fases iniciales de implantación, lo que ha podido introducir sesgos que con el tiempo estén superados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El anteproyecto de investigación formula:

• Pregunta: ¿Aporta la Historia Clínica Digital más información y de mayor calidad al profesional de atención primaria para la toma de decisiones clínicas?

• Hipótesis: La HCD permite al profesional sanitario de atención primaria un sistema de acceso a los datos más ágil y completo (de mayor calidad) que la Historia Clínica en papel, lo que mejora su conocimiento del estado de salud del paciente y facilita la toma de decisiones. El objetivo último es realizar una evaluación cuantitativa que analice el modelo digital en contraposición al modelo papel, en lo referente a la cantidad/calidad de la información, seleccionando una muestra representativa de ambos, comparándolos respecto a unos criterios fundamentales en la toma de decisión clínica. El documento se ha enviado a profesionales conocedores de los sistemas de información y se pretende ampliar a nivel estatal su revisión.

Resultados obtenidos.

-No existe una norma de referencia para analizar la calidad de la información, -Los estudios realizados en nuestro entorno son escasos -En varios estudios se recomienda evaluar los sistemas una vez consolidados. -Se justifica la necesidad de realizar una evaluación de la incidencia de los sistemas de información.

Lecciones aprendidas.

Adecuando las herramientas a las demandas de los colectivos sanitarios que interactúan en la atención al paciente, midiendo los resultados alcanzados y redefiniendo, se logrará la total eficacia y efectividad de cualquier proyecto, y la mejora de la calidad asistencial, tal y como pretende el actual sistema de gestión del ente vasco de sanidad, basado en el modelo Europeo de Excelencia EFQM, en las normas ISO de Calidad y Sostenibilidad y en las guías de Responsabilidad Social Corporativa.

C-6

SEGUIMIENTO DE UNA CONSULTA UROLÓGICA DE ALTA RESOLUCIÓN TRAS 16 MESES DE FUNCIONAMIENTO

PÉREZ ARBEJ, JA; SUBIRÁ RIOS, J; MARTÍN MONTAÑÉS, M; SÁNCHEZ ZALABARDO, M; BLASCO
BELTRAN, B Y S.UROLOGÍA.-H. UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras Clave: CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN UROLOGIA

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó por los médicos y la enfermera de la Consulta de Alta Resolución (CAR) Urológica del Ambulatorio Inocencio Jiménez, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

Descripción del problema/necesidades.

Para reducir el procedimiento diagnóstico en C. Urología se puso en marcha una C. de Alta Resolución (con ecógrafo y cistouretoscopio)(enero 2008). Se ha monitorizado trimestralmente y se presentan los resultados de 16 meses de seguimiento prospectivo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La CAR tiene una agenda de 11 pacientes (20 minutos/paciente), con tiempo para re-exploraciones. Los pacientes deben llegar con análisis previos y tener patología “diana” (hematuria, síndrome miccional/prostático, retención urinaria, cólico, dolor lumbar y aumento de tamaño escrotal). Se recoge una ficha por cada paciente.

Resultados obtenidos.

Se visitaron 1.375 pacientes de 1º día (81,4% de los citados), 76,4% hombres, edad media 54,1 (1-94). El 88,8% procedían del MAP. El 63,9% presentaban patología diana, sobre todo síndrome miccional o prostático, y solo un 37,4% aportaban algún estudio complementario. Se realizó ecografía al 65,6% con un 57,3% de hallazgos patológicos. Fueron renales en el 58% (37,2% patológicas), 70,5% vesicales (52,2% patológicas) y 12,5% escrotales (46,4% patológicas). Se realizó cistoscopia desde marzo-09 al 0,94%, casi todas con hallazgos. Con estos datos se llegó al diagnóstico en el 78 % de casos. El destino de los pacientes fue al MAP en el 34,4%, lista quirúrgica 14,2%, 2ª consulta (resultados) 36,4 % y otros (litotricia, otros servicios, urgencias, tratamiento) en el 15,0%. El 63,6% fueron dados de alta de la consulta.

Se consideró que en el 87,8% fue una consulta total o parcialmente resolutiva (se enfocó correctamente el diagnóstico y tratamiento). Para obviar la “curva de aprendizaje” al comparar los datos del 1º cuatrimestre 2008 con el mismo del 2009 hallamos una mejoría significativa de los resultados.

Lecciones aprendidas.

-Existe un alto porcentaje de pacientes procedentes del map, con patología diana -existe una alta utilización de la ecografía, con frecuentes hallazgos patológicos. -La utilización de la cistoscopia es todavía escasa (inicio en marzo de 2009). -Las altas de consulta son muy frecuentes y la cita para consulta de resultados baja. -En un elevadísimo porcentaje de casos se resolvió o enfocó correctamente el caso, siendo la consulta resolutiva (87,8%). -Como datos negativos hemos apreciado que todavía hay casi un 20% de pacientes de revisión y poco aporte de pruebas complementarias. -Se percibe gran satisfacción entre profesionales y pacientes.

C-7

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA RÁPIDA DE TRAUMATOLOGÍA (CRT). MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD.

PUIG D. (*); MUÑOZ F.; OLIVA J.; MUNTANER L.; FERNÁNDEZ C. Y ALONSO A..
clínica USP-Palmaplanas
Palabras Clave: Accesibilidad, eficacia, seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

C-9

RESULTADOS EN SALUD TRAS LA CIRUGÍA DE CATARATAS

RUIZ ROMERO, V ; CASTILLÓN TORRE, L; TENA SEMPERE, M E Y AZNAREZ LÓPEZ, N. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Palabras Clave: Cataratas, resultados, cirugía

RESUMEN

Contexto de partida.

Los médicos de los servicios de Oftalmología y Calidad del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe han evaluado los resultados en salud tras la cirugía de cataratas.

Descripción del problema/necesidades.

Se decide evaluar esta intervención por su alta prevalencia (1.200/año), con el objetivo de conocer su impacto en la salud (agudeza visual, refracción y complicaciones) de los pacientes, para detectar áreas de mejora y optimizar los resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se lleva a cabo un estudio de cohorte retrospectivo. Se sigue a todos los pacientes intervenidos de cataratas en nuestro Hospital en noviembre de 2007, hasta un mes después de la intervención, a excepción de aquellos con otra patología retiniANA o con una cirugía retiniANA añadida. Se analiza en octubre de 2008 con SPSS 17.0 y se presenta en diciembre a la Dirección y en febrero de 2009 a los profesionales del Centro en Sesión Clínica Hospitalaria.

Resultados obtenidos.

Se registran 94 casos, la edad media es de 72,38 años (DT: 8,86) y la proporción entre sexos es similar. La ganancia visual (GV) media entre la agudeza visual previa con gafas y la obtenida tras la cirugía es del 50,21% (DT: 25,75). Si comparamos la GV tras la cirugía, por grupos de edad con lo esperado en la población de igual edad en pacientes sanos, la GV tras cirugía está por encima de la media en pacientes sanos de igual edad, excepto en los pacientes de 60 a 69 años. La media de la refracción final es de 0,99 (DT: 0,65) y la mediANA de 0,75. La refracción final debe aproximarse a 0, siendo aceptable siempre que no supere 1 dioptría, esto es así en el 60% de los casos. Se producen 3 complicaciones (3,3 %), una de grado 2 (rotura capsular que impidió la colocación de la lente y en la reintervención hubo una hemorragia expulsiva que precisó de una 3ª intervención) y 2 de grado 1 (trombosis venosa con afectación macular, muy probablemente coincidente en el tiempo y defecto en cierre de herida quirúrgica).

Lecciones aprendidas.

Los porcentajes de ganancia visual obtenidos en nuestro Hospital, se encuentran por encima de lo reflejado en la bibliografía y la frecuencia de complicaciones es similar a la publicada. Es preciso homogeneizar procedimientos del proceso y difundirlos a todos los profesionales implicados. Los resultados en la refracción final obtenida tras la cirugía de cataratas, están siendo objeto de un estudio más pormenorizado, que justifica la adecuación del procedimiento de biometría así como del aparataje utilizado. Para próximas evaluaciones se incorporarán formularios en la Historia Digital que faciliten la recogida de datos y se añadirán más indicadores.

C-10

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRADA (PAI) EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL.

OLIVA J.A; ROIGE T.; RODRÍGUEZ D; BENET A; MONTEIS J Y SANCHEZ P. HOSPITAL DOS DE MAIG

Palabras Clave: CONTINUIDAD ASISTENCIAL, COORDINACIÓN

RESUMEN

Contexto de partida.

La definición, desarrollo y implantación posterior del PAI se planteó en todos los ámbitos asistenciales (AA) del CSI, que abarca atención primaria, especializada , socio sanitaria y rehabilitación, por parte de médicos, enfermeras, dietistas y farmacólogos con el soporte de los equipos directivos de cada uno de los AA.

Descripción del problema/necesidades.

Se evaluaron los procesos asistenciales con mayor impacto(Enfermedad pulmonar crónica-EPOC, Insuficiencia cardiaca-IC, Hipertensión arterial-HTA y Diabetes mellitus-DM),para integrar la actividad clínica desarrollada en los diferentes niveles asistenciales. Se evidenció multitud de protocolos, procedimientos, etc elaborados y limitados a un solo AA que generaban variabilidad en la asistencia a los pacientes, tanto a nivel de criterios de actuación, derivación a otros niveles o prescripción farmacológica, medidos a través de encuestas a usuarios, análisis de listas de espera o consumos de farmacia. Se planteó como objetivo, obtener unos mapas de actividades (Guías de practica clínica-GPC-, vías clínicas, etc) basados en evidencia científica, con el consenso de los profesionales y de aplicación inter-niveles, mejorar los circuitos de información facilitando la coordinación y la continuidad asistencial

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se establecieron dos fases; en la primera (90 horas en 3 meses) se realizó por parte de la Agencia de Avaluació Tecnologies Mèdicas, (metodología IDEF) la formación específica de 50 profesionales referentes en cada uno de los procesos elegidos,. En la segunda fase (en 6 meses), se establecieron los objetivos basados en la elaboración de GPC, VC, criterios y circuitos de derivación de pacientes y guía farmacológica (GF).

Resultados obtenidos.

En cada uno de los procesos se elaboró la GPC que incluía los criterios, circuitos y información para la derivación de pacientes, se actualizó los protocolos informáticos en atención Primaria (Omi-AP), se unificaron y estandarizaron los impresos de recomendaciones y dietas a los pacientes y se consensuaron las correspondientes GF. A más, en la IC y EPOC se elaboró la VC.

Lecciones aprendidas.

El exceso de documentación “compartímentalizada” constituye un claro obstáculo para facilitar la continuidad.La creación de grupos de trabajo multidisciplinarios, de diferentes ámbitos, favorece la gestión del conocimiento y garantiza la coordinación. La implantación de un PAI requiere de la asignación específica de recursos, tanto a nivel de formación como de disponibilidad horaria de los profesionales

C-11

MEJORA EN EL CIRCUITO DE INFORMACIÓN A FAMILARES MEDIANTE LA HIST. CLÍNICA ELECTRÓNIOCA FLORENCE. HOSPITAL DE TORREVIEJA

JIMÉNEZ MOLINA, J.L.(*); ORTIZ GARCÍA, M.; MEDINA ÁLVAREZ, J.C.; TOMÁS LIZCANO, A.; DIAZ CHICANO, J.F. y BARCIA ALBACAR, L..Hospital de Torrevieja

Palabras Clave: INFORMACIÓN FAMILIARES URGENCIAS HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital de Torrevieja. Servicio de Urgencias

Descripción del problema/necesidades.

Una de las oportunidades de mejora que encontramos en las encuestas de satisfacción de los pacientes que acuden a urgencias, es la demanda de información de los familiares mientras esperan la resolución del problema de salud del paciente.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el Servicio de Urgencias del Hospital de Torrevieja se ha habilitado un sistema de información a familiares a través de unos cajeros con pantallas táctiles situados en la sala de espera. En estos cajeros la información disponible es de dos tipos: •La historia electrónica informa de forma automática de la ubicación del paciente dentro del servicio u hospital y de su situación. •De forma adicional, el facultativo puede introducir en todo momento cualquier otro comentario o información relevante. Sólo se puede acceder a la información de los cajeros a través de ticket con un código que se le entrega a cada paciente. En Urgencias, Florence recoge todas las actuaciones que se llevan a cabo con los pacientes, pudiendo hacer todo el seguimiento de los mismos. Esta información es la que, por defecto, se muestra en las pantallas habilitadas en las sala de espera. De forma adicional, Florence dispone de un apartado en el que el facultativo puede añadir la información que considere relevante. La información a familiares a través de las pantallas se engloba dentro de un grupo de medidas de utilización de los medios tecnológicos para transmitir información . En este caso, nos valemos de la historia electrónica Florence como eje transmisor. En ningún caso esta herramienta sustituye el contacto directo, pero cubre un espacio temporal en el que el facultativo sigue realizando sus labores y con muy poco esfuerzo mantiene informada a la familia del paciente.

Resultados obtenidos.

Gracias a estas medidas (entre otras), la percepción de los pacientes del servicio ha ido mejorando a lo largo del tiempo, como lo reflejan indicadores resultantes de la realización de encuestas de satisfacción: •Valoración global del Servicio (de 1 a 10): Octubre 2006 8,13; Octubre 2007: 8,17;Octubre 2008:8,24. •Recomendación del hospital a terceros:Octubre 2006: 8,00; Octubre 2007: 8,13; Octubre 2008: 9,13. •Fidelidad con el hospital: Octubre 2006:8,13; Octubre 2007: 8,30 y Octubre 2008: 9,30.

Lecciones aprendidas.

En Urgencias la información continuada a familiares genera tranquilidad, sensación de seguridad en la asistencia y ha repercutido en la mejora de la percepción del Servicio. Para llevar a cabo este nuevo circuito de información ha sido fundamental la historia electrónica Florence.

C-12

APERTURA DEL HOSPITAL COMARCAL DEL BAIX LLOBREGAT (HCBLL).UN MODELO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA.

OLIVA J.A; BALLBE R; LOPEZ E; NIETO N; BENET A Y HOSPITAL DOS DE MAIG.BARCELONA.CSI.
HOSPITAL DOS DE MAIG

Palabras Clave: gestion participativa,hospital,actividad

RESUMEN

Contexto de partida.

En el año 2001, se decidió la creación del HCBLL en Sant Joan d'Espí ligado al cierre del Hospital Dos de Maig (HDM) de Barcelona, con el traslado de toda su plantilla al nuevo hospital. Ambos centros son gestionados por el Consorci Sanitari Integral (CSI. Para ello se planteó la participación de todos los grupos profesionales del HDM, tanto asistenciales, técnicos o administrativos.

Descripción del problema/necesidades.

En el dimensionado, bajo las directrices establecidos por las autoridades Sanitarias y Territoriales se analizó el censo y tendencia de crecimiento poblacional en la zona del Baix LLobregat (BLL), el análisis económico para la dotación del capítulo de estructura, equipamientos , la cartera de servicios y dotación de recursos humanos con la finalidad de garantizar las necesidades de cobertura asistencial de los ciudadanos residentes del BLL.,que esperaban la creación del hospital desde hace mas de 20 años.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Las fases del proyecto y sus principales actuaciones han sido:Fase1(2005):Elaboración del proyecto arquitectónico y plan de equipamientos (participación de mandos intermedios). Fase2:Incorporación de médicos HDM a dispositivos asistenciales existentes en BLL y derivación de pacientes de esta zona al HDM.Fase3:Creación de la Comisión técnica Asistencial (multidisciplinar) para el análisis de los elementos necesarios para el inicio de la actividad asistencial en el HCBLL, y el cálculo y tipología de actividad prevista. Valoración de equipos técnicos por parte de profesionales asistenciales. Concursos de adjudicación. Anàlisis expectativas usuarios mediante grupos focales. Fase4:Incorporación planes funcionales elaborados por los servicios médicos/quirúrgicos.Elaboración de 10 planes funcionales (RRHH, comunicación, flujos, logística, etc), 16 planes específicos (hospitalización, urgencias, etc).. Definición plantilla con amplia participación de profesionales HDM. Desde el inicio se estableció un plan de comunicación periódica a todos los trabajadores que incluían visitas a las obras. Fase5:TRASLADO: Enero 2010

Resultados obtenidos.

La planificación y la participación desde el inicio del proyecto ha conseguido integrar todos los elementos desarrollados en las anteriores fases para conseguir el óptimo escenario para el traslado , El grado de implicación obtenido ha permitido afrontar los cambios que se han producido a lo largo del proyecto

Lecciones aprendidas.

El conocimiento de cada uno de los profesionales de una organización debe ser considerado clave para la creación de nuevos dispositivos asistenciales con un elevado clima de satisfacción entre nuestros profesionales.

C-13

CALIDAD DE VIDA PARA ENFERMOS CRÓNICOS: DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA COMPARTIDA. PROGRAMA COMPARTE.

VALLEJO MAROTO, IGNACIO; FERNÁNDEZ MOYANO, ANTONIO; PAEZ PINTO, JOSE MARÍA; TARILONTE DELGADO, MARIA ANGELES; ALCAIDE AMORÓS, ROSA Y RUIZ ROMERO, VICTORIA.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Palabras Clave: gestión enfermedades crónicas, continuidad, atención integrada

RESUMEN

Contexto de partida.
Este programa de atención a pacientes crónicos ha sido desarrollado por el Distrito Sanitario del Aljarafe y el Hospital San Juan de Dios.Han participado en su elaboración un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que incluye médicos de atención primaria y hospitalaria, enfermeras de ambos niveles, trabajadores sociales y técnicos en informática.
Descripción del problema/necesidades.
La enfermedad crónica constituye un problema prioritario al provocar una importante demanda de atención sanitaria.Existe un deterioro y una pérdida gradual de autonomía;a lo largo del curso prolongado e impredecible de la enfermedad se presentarán reagudizaciones que condicionarán una merma en la calidad de vida.Esta situación nos ha llevado a establecer una línea estratégica de atención específica.Esta iniciativa comenzó su desarrollo en el 2006 con el análisis de los pacientes ingresados en nuestro Hospital durante los años 2004 y 2005 evaluando las variables que condicionaron el control de las enfermedades crónicas.El estudio, basado en el concepto de reingreso que aporta el Proceso de Atención a Pacientes Pluripatológicos de la Consejería de Salud, tuvo como objetivo identificar las características de la población de crónicos del Aljarafe sevillano.La consecuencia posterior ha sido el diseño de un modelo de atención integral mediante un programa asistencial compartido entre distintos niveles, distintos profesionales sanitarios y distintas especialidades.El programa ha sido orientado a la continuidad asistencial y la seguridad clínica a través de una homogeneización de procedimientos y un uso adecuado de los recursos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esta población.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto estableció grupos multidisciplinares que elaboraron líneas estratégicas y actividades para su desarrollo en ambos niveles.A partir de Abril de 2009 el programa se ha implementado gracias a la difusión mediante una presentación en nuestro distrito y posteriormente reuniones de trabajo en cada una de las zonas que lo constituyen.
Resultados obtenidos.
El programa aborda de forma multidisciplinar al usuario,reorganiza los recursos;capacita a pacientes y cuidadores;actualiza la formación de los profesionales y normaliza procedimientos y calidad de cuidados, aumentando así la coordinación interniveles.Está prevista una evaluación a los seis y 12 meses de su implantación.
Lecciones aprendidas.
La lección aprendida es una apuesta por el trabajo en equipo que trate de transformar una atención en ocasiones compleja,por una compartida y permite trasladar esta práctica innovadora a otros ámbitos de actuación.

C-14

LA UNIDAD DE APARATO LOCOMOTOR EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL.

PRIETO LUCENA, J.; FERRAND FERRI, P.; PÉREZ CAMACHO, I.; VAZQUEZ SOUSA, C.; BRAVO PANIAGUA, M. Y RUIZ ROMERO, V..
hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Palabras Clave: GESTION, PROCESOS, APARATO LOCOMOTOR, CALIDAD.

RESUMEN

Contexto de partida.
Describimos la puesta en marcha de la Unidad del Aparato Locomotor en nuestro hospital. Ha participado la Dirección del Centro con los Servicios COT, CCUU y REH.
Descripción del problema/necesidades.
La patología del aparato locomotor es la de mayor frecuentación en las consultas de un Hospital General. Esta demanda está originando importantes sobrecargas y demoras en los Servicios de COT por patología mayoritariamente no quirúrgica. La creación de unidades del aparato locomotor ha tenido una orientación fundamentalmente diagnóstica, sin criterios unificados de actuación, y con un alto porcentaje de derivaciones a otras especialidades. Con nuestro proyecto, intentamos ofrecer una asistencia de calidad mediante la unificación en las actuaciones y la gestión por procesos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se propusieron los siguientes objetivos: Fomento de las consultas de acto único, mejora de la calidad de los informes y adecuación en la petición de pruebas complementarias, prescripción farmacológica y ortoprotésica, y derivaciones. El proyecto se ha desarrollado en tres fases: En la primera, se definieron los procesos. En la segunda, se puso en marcha un plan de formación interna en el que determinamos las vías de entrada, las guías clínicas de actuación en el hospital y las vías de salida del proceso. En la tercera, actualmente en desarrollo, hemos consensuado los criterios de derivación al Servicio de COT y REH, y estamos en vías de acordar los criterios de remisión desde Atención Primaria así como los de derivación a otras especialidades externas.
Resultados obtenidos.
Como primera fase de evaluación, se ha realizado un análisis del nivel alcanzado en los objetivos propuestos. Para ello, hemos realizado un estudio retrospectivo de 1529 historias clínicas de pacientes nuevos derivados desde Atención Primaria o Urgencias, divididas en dos grupos: 731 realizadas antes y 798 después de la creación de la Unidad. Destacamos la coincidencia en los porcentajes del tipo de patología atendida (lo que nos permite la comparación), y el hecho de que en las realizadas tras la creación de la unidad, aumentan las consultas de acto único, desciende la petición de pruebas, mejora la calidad de la prescripción y de los informes, y se reduce la prescripción ortoprotésica y el número de derivaciones. En las derivaciones a COT, ha sido muy importante la alta coincidencia en los diagnósticos y en la indicación quirúrgica.
Lecciones aprendidas.
El estudio confirma el cumplimiento de los objetivos. Destacamos la optimización de los recursos. Insistimos en la necesidad de implicar a Atención Primaria así como al resto de especialidades.

C-15

PROYECTO DE COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA- ESPECIALIZADA

FRAILE ESTEBAN J.I.; LASA GARMENDIA M.M.; RODRÍGUEZ LE HARPER J.M.; GONZÁLEZ LOMBIDE E.; BERRAONDO ZABALEGUI I. Y HERRANZ GONZÁLEZ J..ORGANIZACIÓN CENTRAL OSAKIDETZA

Palabras Clave: COORDINACIÓN INTERNIVELES, CONTINUIDAD ASISTENCIAL, ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZ

RESUMEN

Contexto de partida.

La mejora de la COORDINACIÓN ASISTENCIAL es un prioridad para la mayoría de los Sistemas de Salud, especialmente para la atención de problemas de salud crónicos en los que intervienen múltiples profesionales.

OSAKIDETZA ha definido un nuevo proceso integral de atención asistencial mediante el diseño y desarrollo de un proyecto de coordinación pilotado en la Comarca de A.P. Ekialde y A.E. del H.BIDASOA. Los profesionales implicados son ambas gerencias, coordinador AP-AE, responsable del proceso y Organo Colegiado.

Descripción del problema/necesidades.

MISION:Facilitar e impulsar mecanismos que permitan mejorar la coordinación AP-AE orientado a un proceso asistencial, global, accesible, continuado y altamente resolutivo.

El paciente recibirá una respuesta rápida, adecuada, en el lugar oportuno y ajustada a sus necesidades de salud.

El personal sanitario dispondrá de más información y permitirá disminuir la incertidumbre en relación a la toma de decisiones.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se crea una estructura organizativa, basada en un Organo Colegiado soluciones aportadas con responsables de ambas organizaciones, responsable del proceso de coordinación y el coordinador asistencial AP-AE.

La actuación es sobre un marco conceptual en el que están incluídas las interfaces de Primaria y Especializada y sobre la que se define y desarrolla el Macrorpoceso asistencial de coordinación para organizar los diferentes flujos de trabajo y disminuir la gran variabilidad de losprocedimientos.Este macroproceso incluso los procesos de CITACIÓN,DERIVACIÓN, P. COMPLEMENTARIAS, FORMACIÓN, INCIDENCIAS Y COMUNICACIÓN.Posteriormente se definirán los Procesos Asistenciales Integrales, que permitirán abordar de forma conjunta las patologías más prevalentes (Atención al RCV, Atención a la Mujer, Atención en cuidados paliativos,....).

Resultados obtenidos.

*Catálogo de P. Complementarias.
*Monitorización del proceso asistencial a través de los indicadores establecidos.
*Plan de Formación.
*Plan de Gestión con objetivos comunes.
*Plan de Comunicación.
*Avances hacia la H. Clínica Compartida.

Lecciones aprendidas.

*La estructura organizativa permite la no dilución de responsabilidades.
*Enmarcado en un proceso permite la mejora contínua a través de la evaluación y revisión del mismo.
*Adaptación del modelo a cualquier organización de Osakidetza.
*El resultado final es un consenso entre ambas organizaciones a través del Organo Colegiado.
*Este sistema permite la creación de PAI en función de las necesidades de la Organización.
*Precisa de un tiempo e adaptación a esta nueva forma de trabajo al ser estructuras diferentes.

C-16

ESTUDIO PILOTO DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL DE MURCIA. DISEÑO Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD.

TORRELLA CORTÉS, E; MORÁN SÁNCHEZ,S; ESTEBAN DELGADO,P; CRUZADO QUEVEDO, J; PÉREZ
RIQUELME, F Y CARBALLO ÁLVAREZ, F.
H.MORALES MESEGUER

Palabras Clave: CRIBADO CANCER COLON, CALIDAD, COLONOSCOPIA

RESUMEN

Contexto de partida.

Promovido por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Murcia (CARM), dirigido por el departamento de salud pública y aplicado en el área VI de salud (H. Morales Meseguer), se pilotó un programa de cribado de cáncer colorrectal dirigido a la totalidad de la población de riesgo medio (individuos de 50-69 años) del área a estudio, en el bienio 2006-8.

Descripción del problema/necesidades.

El cáncer colorrectal es un problema de primer órden en las agendas de política sanitaria. La CARM definió la necesidad de elaborar el citado estudio con el objetivo de determinar la respuesta poblacional, el número y características de las neoplasias detectadas, con el fin de estimar la viabilidad y coste-efectividad para su extensión al resto de la Región.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se aplicó en dos fases coordinadas entre salud pública, at.1ª y hospital: 1)Reclutamiento: Información a la población y realización de un test de sangre oculta en heces de manera secuencial por grupos de edad y poblaciones. 2) Confirmación diagnóstica: Realización de colonoscopia diagnóstica y terapéutica a los positivos a SOH.

El proceso de Cribado de CCR fue definido en base a indicadores de calidad que determinasen dos objetivos principales: La población debería de responder ampliamente al programa de salud, y la colonoscopia debía de ser eficaz para la detección y resolución de lesiones neoplásicas, y bien tolerada, y como consecuencia aceptada, parámetro directamente ligado a la respuesta poblacional al programa. Se definieron 7 indicadores de calidad, uno del proceso global y 6 relacionados con la colonoscopia en las dimensiones de calidad cientificotécnica, eficiencia y satisfacción. Se diseñaron las herramientas necesarias para su evaluación.

Resultados obtenidos.

Los resultados en términos de tasas de neoplasias detectadas y resueltas de manera eficiente, y en respuesta poblacional desbordaron las estimaciones iniciales y están por encima del resto de estudios en curso en la actualidad.

Lecciones aprendidas.

Ningún estudio hasta el momento en España ha diseñado, aplicado y evaluado indicadores de calidad para el proceso y para le técnica endoscópica. El cumplimiento de tales indicadores ha sido determinante para la obtención de los buenos resultados. Este programa y su metodología en términos de calidad es modelo referente para los distintos programas que se están iniciando en nuestro país.

C-17

ANALISIS DE LA EFICIENCIA DE UN HOSPITAL DE DIA MEDICO EN BASE AL CALCULO DE SUS INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO

SUBIRA M; SALINAS R; LÓPEZ SÁNCHEZ R; BOSCH M Y RAMON C.
ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA

Palabras Clave: Hospital de día, indicadores de funcionamiento

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente proyecto se ha realizado en un hospital de día médico polivalente (HDMP) de un hospital general que dispone de 457 camas de agudos y cuya población de referencia es de 250.000 habitantes. Se creó un grupo de trabajo compuesto por un facultativo de cada una de las especialidades implicadas en el HDMP junto con las 3 enfermeras, la auxiliar de clínica y las 2 administrativas que trabajan en el HDMP.
Descripción del problema/necesidades.
El hospital de día (HD) es una de las principales alternativas a la hospitalización convencional por lo que su óptimo aprovechamiento mejora la gestión hospitalaria. Además, la correcta gestión de los puestos de tratamiento y del tiempo de enfermería disponible mejora la equidad y la calidad asistencial. Dado que actualmente no existen indicadores de funcionamiento (IF) para el HD, en el presente proyecto se proponen una serie de IF que permitan sistematizar el análisis de la eficiencia del HD y además analiza el HDMP en base a la aplicación de estos indicadores.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se realizó en 3 fases. La 1ª consistió en definir los IF con las fórmulas para su cálculo, en la 2ª el personal de enfermería anotó, durante 15 días consecutivos, el tiempo dedicado a cada procedimiento y el tiempo de ocupación de puesto de cada procedimiento y en la 3ª se recogieron los datos de todas las visitas atendidas y procedimientos realizados durante 61 días consecutivos del año 2007 para el posterior cálculo de los IF del HDMP estudiado.
Resultados obtenidos.
El HD abre de 7:30 a 17:00 h. y dispone de 22 puestos que atienden 3 enfermeras con horario solapado, de tal manera que de 7:30 a 10:00 h. se dispone de 270 minutos de enfermera, de 10:00 a 12:00 h. de 360 minutos y de 12:00 a 17:00 h. de 720 minutos. Se atendieron 1.286 pacientes programados que generaron 1.352 procedimientos y 229 pacientes urgentes. El índice de ocupación de enfermería (IOE) fue muy variable entre días con mediAna del 76% (rango 51-116%). El índice de ocupación de puestos (IOP) fue del 24% con índice de rotación de 1,1. El IOE y el IOP fue variable a lo largo del día, siendo del 137% y del 45% de 7:30 a 10.00 h, del 78% y 37% de 10:00 a 12:00 h. y del 45% y 11% a partir de las 12:00 h.
Lecciones aprendidas.
El HD analizado presenta una baja eficiencia y eficacia. El IOE y el IOP es muy variable a lo largo del día y entre días, lo que sugiere una mala gestión de la programación y del horario de enfermería. Como consecuencia se puede producir una disminución de la equidad y de la calidad asistencial. Se propone la aplicación de un procedimiento de reingeniería organizativa.

C-18

ORGANIZACION Y ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA CALIDAD DE LA ATENCION SANITARIA DE PACIENTES CON DOLOR AGUDO Y CRONICO

LÓPEZ-MILLAN INFANTES, JM.; SÁNCHEZ BLANCO, C. Y MERYAO ALONSO, LA..
AREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Dolor, Abordaje transversal, Satisfaccion, Calidad Asistencial.

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde 1997 nos encontramos con una gestión unidisciplinar del dolor crónico en consultas externas, a la que se unen la creación de una unidad de dolor agudo postoperatorio y la oferta de analgesia del parto por parte del personal facultativo de anestesiología de urgencias. Tras unos primeros años de crecimiento lineal progresivo asistimos a la saturación de los servicios y poniendo de manifiesto carencias importantes desde el punto de vista de la calidad total.
Descripción del problema/necesidades.
Gestión adecuada de los recursos mediante el diseño y desarrollo de una estrategia de abordaje transversal del dolor como proceso asistencial integrado bajo una visión interdisciplinar aplicando un modelo actual de gestión clínica.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La creación de la Unidad Integral para el Estudio y Tratamiento del Dolor para el Area Hospitalaria supone la aplicación de una novedosa gestión del dolor como proceso transversal coordinando las diversas áreas asistenciales entre sí, junto con aspectos de formación, investigación y docencia en este campo. La potenciación de la relación internivel y con otras especialidades y la aplicación de tecnologías de información y comunicación has sido otros aspectos destacables durante estos 2 años.
Resultados obtenidos.
Ampliación de la cartera de servicios con terapias y soluciones tecnológicas novedosas, mayor cobertura asistencial, mejor selección y preparación de pacientes para terapias implantables, fin de la lista de espera quirúrgica, reducción de la demora en consultas externas para el paciente oncológico, uso racional del medicamento, coordinación y colaboración con otras especialidades, programa de formación continuada pre y postgrado, organización de reuniones científicas, participación en grupos de trabajo nacionales e internacionales, publicaciones y proyectos de investigación financiados. Todo para garantizar la continuidad asistencial a los usuarios con independencia del grado de complejidad del diagnóstico, alcanzando un nivel de satisfacción excelente.
Lecciones aprendidas.
Analizar la situación de partida nos ha permitido detectar áreas de mejora. Si bien la tendencia de las unidades de dolor es convertirse en multidisciplinares, la aplicación del concepto de integralidad y la visión transversal del dolor como proceso, nos ha permitido realizar una gestión de los recursos más eficiente. Frente a la tendencia centralizadora de otras unidades, hemos aplicado un modelo descentralizado, que integra para coordinar, pero que pretende dar cabida a otras especialidades y niveles asistenciales, en aras de una mejora significativa de la calidad total.

C-19

JEFATURA DE BLOQUE DE PROCESOS: ADAPTANDO EL ORGANIGRAMA DIRECTIVO A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES.

PALOMO LARA, JC*; PRIETO GUERRERO, M; LÓPEZ RAMÍREZ, E; GARCÍA NIETO, A Y RIVERA FERNÁNDEZ,C.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Palabras Clave: gestión clínica, enfermería, procesos asistenciales

RESUMEN

Contexto de partida. Hospital Virgen Macarena y Área. Unidades de Gestión Clínica y asistenciales. Dirección de Enfermería.

Descripción del problema/necesidades.

La gestión por procesos y la gestión de las unidades clínicas precisan de un organigrama flexible que permita desarrollar éstas líneas estratégicas de la dirección de enfermería. Para ello se produjo una profunda remodelación del organigrama directivo que permitiese un desarrollo y seguimiento de éstas dos líneas adaptando la Organización a las necesidades de ciudadanos y ciudadanas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se cambió el organigrama existente adaptando éste a los procesos decuidados que se llevan a cabo en el Hospital Virgen Macarena y Área. Hemos pasado de Jefaturas de Bloque y supervisiones por zonas geográficas (hospitalización, consultas, centros periféricos) a la integración de las mismas en procesos de cuidados de manera que ,p.ej. el Jefe de Bloque de las unidades de Hospitalización pasa a ser responsable del Proceso de Cuidados Médicos abarcando el itinerario habitual del paciente en nuestro sistema: un eje longitudinal que abarca las consultas y hospitalización. En la actualidad los jefes de bloque y los supervisores son responsables de las consultas y las zonas de hospitalización que forman parte de su unidad clínica. Para el jefe de bloque, la responsabilidad del proceso hace referencia al desarrollo de los objetivos de las unidades, seguimiento de indicadores de calidad y seguridad, promoción y desarrollo de la formación, investigación y acreditación y la implementación de estrategias diseñadas para el proceso de cuidados del que es responsable

Resultados obtenidos.

Ello nos ha permitido adaptar nuestra organización al desarrollo de los procesos asistenciales y pretendemos mejorar los resultados de las unidades clínicas. Los problemas surgidos guardan relación con adaptar nuestra mentalidad a la nueva visión e interiorizar los profundos cambios que supone la reingeniería en la gestión

Lecciones aprendidas.

Si queremos dar la mejor respuesta a nuestros usuarios hemos de adaptarnos a sus necesidades y ser flexibles con las nuevas necesidades que van surgiendo. Cambiar estructuras muy consolidadas supone mucho esfuerzo pero adelantarnos a los demás es una ventaja competitiva.

C-20

NECESIDADES DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ. ESTUDIO DELPHI "NESPECIALIST".

PRADOS TORRES JD* ; LEIVA FERNÁNDEZ F; VIDAL ESPAÑA F; BARNESTEIN FONSECA P; IRASTORZA ALDASORO A Y GALLO GARCÍA C. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA DE FAMILIA DE MÁLAGA

Palabras Clave: Health Services Research. Expert Testimony.

RESUMEN

Contexto de partida.

EMPLAZAMIENTO: Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). SUJETOS: 157 panelistas (médicos especialistas del SSPA). Muestreo no probabilístico.

Descripción del problema/necesidades.

OBJETIVO: Identificar la percepción de necesidades tecnológicas y de nuevos especialistas en Andalucía a medio (5 años) y largo plazo (10 años).

Desarrollo y soluciones aportadas.

DISEÑO: Estudio cualitativo Delphi mediante encuesta estructurada en tres bloques de preguntas: 1- sobre necesidades percibidas de número de especialistas en 45 especialidades "MIR"; 2-de nuevas tecnologías sanitarias, y 3-de nuevas especialidades/subespecialidades o puestos de trabajo a aparecer en Andalucía. Grado de acuerdo considerado para llegar al consenso entre los panelistas ≥ 70%.

Resultados obtenidos.

RESULTADOS PRINCIPALES: 236 cuestionarios enviados. Respondentes 119 de 236 (50,4%). 117 de 236 (49,56%) no localizados o no respondentes. 13 rechazos (10,9%) y 1 nulo (0,8%). Muestra final en primera ronda, respecto a muestra prevista (105/157=66,87%). 11 especialidades con número de especialistas deficitario en opinión de los panelistas: Alergología, Anestesiología, Angiología, Cirugía Cardiovascular, Geriatría, Medicina de Familia, Neurocirugía, Oncología Médica, Psicología, Psiquiatría, Radiodiagnóstico. 17 especialidades con número de especialistas adecuado. No hay consenso para 18 especialidades. Necesidades tecnológicas: obtiene el consenso aprobatorio para el 86.24% de las 109 propuestas. Nuevas especialidades, subespecialidades, o puestos de trabajo médicos a aparecer en el futuro: sólo se obtiene acuerdo en el 28.9% de las 90 propuestas.

Tasa de no respuesta en el apartado de necesidades de especialistas: 40%; en necesidades tecnológicas: 38.43%; y, en nuevas especialidades, subespecialidades o puestos de trabajo a aparecer: 27.4%.

Lecciones aprendidas.

CONCLUSIONES: Los panelistas manifiestan menor grado de acuerdo cuando opinan sobre necesidades de RRHH en especialidades y/o centros de trabajo ajenos. Mayoritario acuerdo en positivo sobre las propuestas relacionadas con necesidades tecnológicas en prácticamente todas las especialidades; y escaso acuerdo respecto a los nuevos puestos de trabajo médicos a aparecer, salvo en aquellos relacionados con la operatividad en la aplicación de nuevas tecnologías.

C-21

EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA 2006-2008

ANGELES DEL ROSARIO SÁEZ SOTO; JAVIER INIESTA SÁNCHEZ; JOSÉ MANUEL BERNAL ROMERO; JUAN MARTÍNEZ LÓPEZ; ANTONIO VALERA GIL DE PAREJA Y ANA MUÑOZ NAVARRETE.
H.G.U REINA SOFÍA

Palabras Clave: EVALUACIÓN; ENFERMERÍA; INDICADORES; CICLO MEJORA;

RESUMEN

Contexto de partida.
En el h.G.U reina sofía, a traves de supervisón de área de calidad de enfermería, vinculado a contrato de gestión del sms 2006/07/08, bajo la coordinación de gremce (grupo regional evaluación y mejora de calidad de cuidados de enfermería), con las implicación de los profesionales delas unidades de hospitalización, liderados por los supervisores.
Descripción del problema/necesidades.
Conocer y mejorar la calidad de los cuidados es una necesidad profesional, se precisan herramientas de mejora que permitan analizar la realidad, que proporcionen criterios de buena práctica, una de ellas son los de Procedimientos de Enfermería. Desde la Subdirección General de Calidad Asistencial se diseñan e implantan un conjunto de indicadores corporativos del SMS y un plan de medición para la evaluación y seguimiento de los objetivos de calidad de cuidados incluidos en Contrato Gestión. Permitiendo monitorizar los indicadores y establecer acciones correctoras tras cada evaluación. OBJETIVO: Determinar la evolución en el cumplimiento de Indicadores de Calidad de Cuidados tras la implantación de Acciones de Mejora en el H.G.U. Reina Sofía de Murcia.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Mediante ciclo de mejora se evaluaron los indicadores en 2006/07/08, con la misma metodología y sistemática:Plan Acogida al ingreso Unidades Hospitalización; Satisfacción pacientes Plan de Acogida;Valoración enfermera situación del paciente al ingreso; Prevención úlceras por presión; Atención pacientes hospitalizados para prevenir caídas; Cuidado del paciente con sonda vesical; Cuidado del paciente con catéter venoso central y periférico. Tras cada evaluación se establecen medidas correctoras: Formativas; estructurales; organizativas; comunicación; diseño de herramientas para mejora de la calidad; acciones específicas para cada indicador.
Resultados obtenidos
2006 20072008 Prevención Caídas 79% 89%96% Prevención UPP 62% 62%46% Cuidados Sonda Vesical 37% 48%47% Cuidados C.V. Central 62% 81%90% Cuidados C.V. Periférico 41% 56%76% Valoración Inicial 43% 66%68% Plan de Acogida 29% 39%34% Satisfacción Acogida 70% 69%90%
Lecciones aprendidas.
De los 8 Indicadores desde 2006 a 2008 se ha mejorado en 7, la aplicación de medidas correctoras ha favorecido el aumento en el cumplimiento de los indicadores, es fundamental la implicación, participación y compromiso de los profesionales para aumentar el nivel de calidad de los cuidados. Se ha iniciado una cultura de calidad con una dinámica de evaluación y mejora continua.

C-22

CASUÍSTICA CARDIOLÓGICA Y RESPIRATORIA EN MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGÍA Y NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

FELIPE DÍEZ GARCÍA; NICASIO MARÍN GÁMEZ; ANTONIO COLLADO ROMACHO; Mª CARMEN GÁLVEZ CONTRERAS Y JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ HERNÁNDEZ.
Hospital Torrecardenas

Palabras Clave: Casuística, GRDs, Eficiencia

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Medicina Interna (MI) y de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Profesionales: Facultativos de MI y el responsable de Documentación Clínica.
Descripción del problema/necesidades.
Conocer la casuística de las Unidades de MI, Cardiología (C) y Neumología (N) del Hospital. Estudiar el comportamiento de los GRDs
compartidos. Comprobar la eficiencia medida por el Índice casuístico(IC) y el Índice de Utilización de estancias (IUE).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo de los GRDS de la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) 5: “Enfermedades y Trastornos del Aparato Circulatorio” (1.766 altas) y de la CDM 4: “Enfermedades y Trastornos del Aparato Respiratorio” (1.657 altas) del año 2.008. Análisis estadístico con el programa SPSS.
Resultados obtenidos.
Los GRDs médicos de C fueron 684 con una EM de 6,7 días, un IUE de 0,95 y un IC de 1,25. Las 492 altas cardiológicas de MI tuvieron una EM de 9,6 días, un IUE de 0,98 y un IC de 2,34. Los síndromes asociados fueron en C/MI: card. isquémica: 473 casos (93% C); ICC: 451 (22% C); arritmias: 90 (72% C); síncopes: 36 (61% C); card. congénitas: 12 (67% C); vasculopatías periféricas: 11 (9% C) y otros agrupados: 81 (63% C). Se codificaron 451 casos de ICC (GRD 544: 48% y GRD 127: 52%) . En C se codificaron 16 casos con el GRD 542 (EM de 15 días) y 82 con el GRD 127 (EM: 7 días). En MI se codificaron 199 con el GRD 542 (EM de 10 días) y154 con el GRD 127 (EM: 9 días). Las 888 altas de Neumología generaron una EM de 11,5 días, un IUE de 1,15 y un IC de 1,7. Las 769 altas de MI generaron una EM de 11,77 días, un IUE de 1,03 y un IC de 2,275. Los síndromes asociados fueron en N/MI: Inf. respiratorias con complic. mayores (GRDs 540, 541, 588, 589): 759 casos (43% N); neumonías con complicaciones: 172 (60% N); inf. no neumónicas complejas: 171 (65% N); EPOC reagudizada: 171 (64% N) otras inf.: 55 (24% N); cáncer pulmonar: 49 (73% N); TEP: 24 (62% N); TBC: 21 (95% N); derrame pleural: 21 (61%/ N) y otros: 198 (60% N). En Neumología se codificaron 330 GRDs de gran complejidad (43% del total), con una EM de 13,1 días y un IUE de 1,17. En MI se codificaron 429 GRDs de gran complejidad (57% del total) con una EM de 12,2 días ($p<0,05$) y un IUE de 1,05 ($p<0,05$).
Lecciones aprendidas.
MI atendió a cerca de la mitad de las altas neumológicas y cardiológicas estudiadas. En C y MI las carteras de servicios están diferenciadas, la eficiencia es similar y la complejidad es superior en MI. Las Unidades de MI y N comparten muchos de sus GRDs, aunque los de MI son más complejos y la eficiencia favorece a MI.

C-23

EVALUACIÓN DE UN PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN A LA DEMANDA URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

MINGUET ARENAS, C. * ; GÓMEZ HONORATO, R. ; AÑINO, A.; BEAMUD LAGOS; M. ; PARRAMON, M. Y DELGADO NICOLÁS, M.A. . GERENCIA A.P ÁREA 11. MADRID.

Palabras Clave: ATENCIÓN-PRIMARIA-URGENCIAS-FORMACIÓN-CARROS-PARADA

RESUMEN

Contexto de partida.

Se detectó gran variabilidad en nuestra área en relación con aspectos materiales y formativos de la asistencia urgente.

Descripción del problema/necesidades.

Con el objetivo de unificar procedimientos de revisión de los materiales problema/ y medicación y asegurar una formación en todos los centros, se necesidades trabajó en dos líneas:
Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que consensuó un procedimiento de revisiones de carros de parada y maletines.
Se planificación formación de sanitarios de todos los centros para enseñar a sus compañeros.
Se hacía necesario evaluar a corto plazo el impacto alcanzado y sus resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para medir resultados del procedimiento de revisiones, se auditó a todos los centros solicitando copia de las hojas de registro de una semAna completa. Se analizaron con sistema SPSS todos los ítems contenidos en las hojas. Con los resultados obtenidos se elaboraron e implantaron medidas de mejora en los puntos débiles detectados. En el componente formativo, se realizaron 4 cursos de monitor de soporte vital básico con presencia mínima de 1 profesional sanitario de cada centro.

Resultados obtenidos.

El 100% de los centros tienen implantado el sistema de revisión establecido y han cumplimentado las hojas de registro.
Resultados muy positivos, obteniendo en la mayoría de los ítems unos registros por encima del 90%, especialmente los de material y medicación. Los ítems con menor cumplimentación fueron el registro del nombre y apellidos completos, la firma e incidencias detectadas. Se han implantado medidas de mejora para aumentar la calidad de los registros. El 100% de los Centros han tenido formación de monitor de soporte vital básico.

Lecciones aprendidas.

El control y mantenimiento periódico de carros de parada y maletines es necesario para dar calidad y seguridad de atención urgente. El trabajo en equipo multidisciplinar es enriquecedor y conduce a un amplio campo de visión sobre los problemas detectados y las soluciones a aplicar. Los buenos resultados obtenidos indican la concienciación de los profesionales en proporcionar la mejor asistencia sanitaria urgente desde Atención Primaria. Es preciso mantener un sistema de auditorías hasta obtener resultados óptimos. Es imprescindible el reciclaje formativo en urgencias de los sanitarios que trabajan en Atención Primaria con una periodicidad mínima anual.

C-24

DETECCIÓN DE PROBLEMAS PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO DEL PLAN DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE PRIMARIA

BONILLO GARCÍA, M.A.*; GUERRERO GARCÍA, F.J.; GÁLVEZ IBÁÑEZ, M.; FERRER LUQUE, F.J.; PUERTAS TAMAYO, A. Y SEVILLA MARTÍN, F.J.. CENTRO DE SALUD GRAN CAPITAN

Palabras Clave: Gestión de calidad. Atención primaria.

RESUMEN

Contexto de partida.

Unidad de Gestión Clínica (UGC) “Gran Capitán”: 80 profesionales, 40.000 Habitantes, urbANA y nivel socio-económico medio-alto. El plan de calidad 2008-2011 (pc) se pone en marcha para dar estructura a todas las iniciativas de calidad que se venían realizando y al desarrollo de tres grandes líneas estratégicas basadas en la mejora continua, el cumplimiento de los objetivos del acuerdo de gestión clínica y la mejora de la calidad de vida profesional.

Descripción del problema/necesidades.

El análisis de situación del PC se basó en la evaluación de los objetivos problema/ del acuerdo de gestión (lo cuantitativo) y en la detección de problemas necesidades desde la Comisión de Calidad y los diferentes grupos profesionales (lo cualitativo). De esta forma se pretende explorar expectativas del cliente interno y externo para adaptar los servicios sanitarios al proceso integral de atención.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Detección de problemas en una 1ª fase por la Comisión de Calidad (multidisciplinar y con 10 miembros estables) mediante escucha activa y observación directa, que los integró en los objetivos operativos del plan de calidad con sus correspondientes acciones de mejora; y en una 2ª fase por los tres grupos profesionales (médicos, enfermeros y servicio de atención al ciudadano –SAC-) mediante tormenta de ideas, que fueron analizados y/o solucionados por la dirección en reunión de equipo.

Resultados obtenidos.

Estudio descriptivo. Se detectaron 176 problemas y se analizaron las siguientes variables: Método de identificación: observación directa/escucha activa (43.75%) y tormenta de ideas médicos (21.02%), enfermeros (21.02%) y SAC (14.20%) Causa del problema: estructura (17.61%), organización interna (53.98%), organización externa (21.02%) y competencia profesional (7.39%) Dimensión afectada: accesibilidad (46.7%), seguridad (14.20%), satisfacción del cliente (23.86%) y continuidad asistencial (32.95%) Solución del problema (35.23%): inmediata por la dirección tras la notificación (58.06%) o tras las acciones establecidas en los objetivos del PC (37.09%)

Lecciones aprendidas.

La implantación del PC ha hecho necesario un rediseño organizativo en la UGC con la creación de espacios de responsabilidad compartida para establecer acciones de mejora ante los problemas detectados, así como la incorporación de nuevas tecnologías (foros para grupos de trabajo en la web de la UGC) y un sistema de detección de problemas permanente. La mayoría de problemas detectados son de organización interna y afectan a la continuidad asistencial. La implicación y el compromiso de la dirección son elementos clave para la implantación de la mejora continua.

C-25

AVANZANDO EN LA ALTA RESOLUCIÓN Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL: LA INTERCONSULTA URGENTE DE ACTO ÚNICO

HURTADO BEJARANO,G; SÁNCHEZ MOLINA,F; MORENO CAMUÑEZ,F; JORDANO ÁLVAREZ,M C;
ALFARO RODRÍGUEZ,P Y RUIZ CASTILLO,S.
hospital de alta resolución de Puente Genil

Palabras Clave: RESOLUCIÓN,ACTO ÚNICO,INTERCONSULTAS,SATISFACCIÓN,COSTES

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, perteneciente a la EPHAG. El proyecto se inicia en la Unidad de Atención al Usuario (UAU), implicando a facultativos y dirección.
Descripción del problema/necesidades.
Estos centros, por su diseño, la atención urgente no cuenta con apoyo permanente de ciertos especialistas. Ello supone derivaciones urgentes a hospital de referencia, algunas evitables, y demoras o espera en consultas externas. Esto origina insatisfacción, incertidumbre y reclamaciones del paciente. Para cuantificar el problema y analizarlo, se revisaron tiempos medios de espera para ubicar en consulta programada las interconsultas urgentes, los desplazamientos a hospital de referencia en horarios de consulta y reclamaciones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La UAU, consciente de la problemática y teniendo presente los principios de mejora continua, calidad y resolución, propone la posibilidad de remitir episodios de urgencias bajo la modalidad de acto único a consultas externas, para casos que necesiten revisión en el momento por un especialista, ya tengan su origen en urgencias o en otras especialidades y resolviendo el problema de salud en el día. La creación de un sistema ágil y eficiente que permitiera lo anterior podía resolver los problemas identificados. El proyecto contó con una fase de diseño y desarrollo (3 meses) y fue aprobado al mes siguiente. Implantado, revisado y mejorado en los dos meses posteriores, implicando a facultativos, administrativos y dirección. Usamos reuniones de trabajo grupal como elemento de difusión.
Resultados obtenidos.
Se redujeron las remisiones al hospital de referencia (evaluación y contabilización) y extendimos el acto único a las interconsultas urgentes, bajando sus demoras en consulta. Esto aumentó la satisfacción del paciente (medida con encuesta dicotómica y de tipo Likert) y produjo un ahorro de costes (estudio de costes directos e indirectos). Fomentó la colaboración y coordinación entre facultativos de urgencias y consultas. Resolvimos los problemas definidos, quedando por mejorar la formación de los profesionales implicados (sobre todo facultativos) y fomentar un uso racional del mismo que evite colapsos en consultas.
Lecciones aprendidas.
La principal, resaltar la importancia del acto único como elemento de calidad y pilar básico en alta resolución. Podemos mejorar la gestión de los recursos disponibles, aumentando la eficacia y eficiencia de las actuaciones, sin que suponga aumento de costes y elevando la satisfacción del paciente. Para que un nuevo modelo funcione debemos lograr la adhesión de todos los profesionales y adecuar su formación.

C-26

MYSTERY SHOPPER UNA HERRAMIETA UTIL PARA LA MEJORA

GALLEGO CAMIÑA, I*; MATTHIES BARAIBAR, C; CHUECA AJURIA, A; SOLOZABAL ORBEGOZO, K;
TORO SÁNCHEZ, L Y VILLA VALLE, R.
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO OSPITALEA (OSAKIDETZA)

Palabras Clave: Gestión por procesos, satisfacción de cliente

RESUMEN

Contexto de partida.
La práctica que se presenta se ha realizado en el Hospital de Galdakao- Usansolo, hospital general de agudos con, aproximadamente, 400 camas que da cobertura a unos 300.000 habitantes. La unidad de Metodología de Calidad lideró el proyecto en el que han participado los gestores de los procesos de Hospitalización y Quirúrgico, así como la Mystery Shoper seleccionada.
Descripción del problema/necesidades.
El HGU, tiene un largo recorrido en cuanto al uso de herramientas de medición de la satisfacción de pacientes. Las primeras encuestas datan del año 94 y paulatinamente se ha ido ampliando la segmentación de las mismas, sin embargo a menudo las encuestas no profundizan lo suficiente. El HGU hizo una apuesta firme por la gestión por procesos como metodología de gestión, lo que nos ha permitido el uso de otras fuentes de información; incidencias y auditorias. Sin embargo nuestro entorno cada vez más cambiante, nos marca la necesidad de buscar nuevas herramientas que nos permita anticiparnos a las necesidades de los pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Método: Mystery Shoper (MS) aplicado al proceso asistencial (Urgencia, Consulta, P. Quirúrgico y Hospitalización) Es una herramienta cualitativa mixta, que combina la observación directa con la valoración cuantitativa. Objetivos: 1) Identificar puntos fuertes y áreas de mejora. 2) Análisis de la servucción 3) Evaluación de 2 proyectos clave para el HGU; identificación de pacientes y política de información.
Resultados obtenidos.
Se han identificado un total de 20 Puntos Fuertes: continuidad asistencial, el trato, la coordinación, la información, etc... En cuanto a Áreas de mejora se han identificado 21 que se integrarán en los planes de gestión de los procesos; mejorar los tiempos entre intervenciones, confort, información de acogida en planta, valoración del uso de TICs, etc. La valoración cuantitativa está en coherencia con los resultados de las encuestas de satisfacción; Información 8, Trato 9, Confort 8 y Valoración general 8.
Lecciones aprendidas.
1) Definir claramente cuales son los objetivos del MS a la hora de confeccionar el Check List.
2) Los resultados de Auditoria Interna del proceso y el Mystery Shoper son coincidentes en varios aspectos, lo que refuerza las áreas identificadas en ambas herramientas.
3) El MS permite captar la información de otros pacientes que acompañan en el momento, recogiendo así más casuísticas. 4) Fundamental tener puesto el radar para captar tendencias de otros sectores e intentar aplicarlas en nuestras organizaciones. Oportunidad de innovar en las fuentes de información y en las relaciones con los pacientes.

C-27

UTILIDAD DE LAS UNIDADES FUNCIONALES MULTIDISCIPLINARIAS Y TRANSVERSALES EN UN HOSPITAL CON GESTION DESCENTRALIZADA

CASALS SOLE, F.J.; BERNAUDO , D. y LOZANO GRAUPERA, N..Hospital Clinic Barcelona

Palabras Clave: Vigilancia Sanitaria , Coste/Beneficio, Unidades Funcionales

RESUMEN

Contexto de partida.

En un Hospital de 800 camas, estructurado en Institutos y Centros con gestión descentralizada, se constituyó una Unidad Multidisciplinaria para abordar los temas inherentes a la Enfermedad Tromboembolica Venosa (ETEV), integrada por 41 profesionales de distintas especialidades, desde la asistencia primaria hasta las especialidades mas implicadas. Una comisión integrada por un medico, una documentalista y un medico becario, supervisaron diariamente, entre otras tareas, la existencia de sospechas de ETEV que acudieron o se produjeron en el Hospital.

Descripción del problema/necesidades.

La ETEV afecta a varios Institutos y Centros diagnósticos. En solo el 13 al 25 % de las sospechas de ETEV que se producen en un Hospital se confirma este diagnostico. Este bajo rendimiento ocasiona un elevado gasto de recursos humanos y económicos. En estos sistemas descentralizados cada Instituto o Centro intenta optimizar, de forma aislada, los gastos que le atañen.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Pretendimos demostrar que la determinación analítica de la tasa de Dimero-D, por un método rápido de ELISA, realizada en todas las sospechas de ETEV, cuando produce un resultado normal permite excluir esta enfermedad, sin riesgo para el paciente y produciendo una disminución en los gastos de exploraciones. Este proyecto se realizó en tres fases: sin información, con información general (tríptico) y con seguimiento pormenorizado a todos los médicos del Hospital. Los pacientes con Dimero-D normal fueron seguidos durante tres meses.

Resultados obtenidos.

Desde el 1/12/2006 al 30/9/2008 se determinó este parámetro en 2435 sospechas de ETEV, hallando 524 pacientes con un resultado normal, y un solo caso de falso negativo, lo que da un valor de predicción negativo de esta prueba del 99,81 % (IC del 95 %: 99,79 y 99,83 %) con una prevalencia de la enfermedad del 17,35 %. Mediante un análisis de coste/beneficio se demuestra que el aumento de 9140 € de coste anual que para los Laboratorios supone esta determinacion sistemática, se ve compensada por la disminución de 55388 € al año en el coste de exploraciones por la imagen. Lo que produce un beneficio neto de 46248 € al año. Con un ahorro añadido de recursos humanos, tiempo de espera y sin riesgo para los pacientes.

Lecciones aprendidas.

Conclusión: A pesar de optimizarse la gestión hospitalaria mediante su fragmentación en Institutos de enfermedades relacionadas, existen patologías que abarcan o afectan varios de estos entes, haciendo necesario que existan Unidades Funcionales Multidisciplinarias, que anuden de forma transversal los esfuerzos individuales de gestión de cada Instituto.

C-28

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE LA GESTIÓN POR PROCESOS

CARRIÓN DUCH, D.*; MARTÍN RUBIO, MAR. ; COLOMÉS FIGUERA, LL.; AGRAMUNT PERELLÓ, N. Y ROS GARRIGÓS, O..
Hospital Comarcal Móra d'Ebre

Palabras Clave: GESTIÓN POR PROCESOS. ATENCIÓN URGENTE

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal Móra d'Ebre, que atiende un total de 17.000 urgencias anuales con un área de influencia de 45.000 habitantes que abarca las comarcas de la Ribera d'Ebre, Terra Alta y Priorat; dispone además de un recurso aéreo medicalizada. Los profesionales implicados en el proyecto han sido el jefe de servicio, supervisora, enfermeras, médicos, camilleros y administrativos del Servicio de Urgencias.

Descripción del problema/necesidades.

Adecuar la atención urgente a las necesidades y demandas actuales de nuestros usuarios. En respuesta a este objetivo se escogió e implantó un modelo de gestión en base al criterio 5 del Modelo EFQM de excelencia que es el de la Gestión por Procesos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Primeramente se formó a los propietarios y se elaboró el proceso de atención urgente que se dividió en 3 partes: descripción, gestión y mejora; posteriormente, se realizó un brainstorming con el personal del Servicio desarrollándose así el DAFO del proceso donde se definieron las fortalezas, barreras, debilidades y las oportunidades para poder planificar y desarrollar las acciones de mejora a realizar. Se validó el proceso y se realizó seguimiento de las acciones de mejora planificadas, revis´ndose y actualizándose todo ello anualmente.

Resultados obtenidos.

En nuestro Servicio la gestión por procesos se viene realizando desde hace 3 años y ha dado los siguientes resultados: en el año 2006 se propusieron 15 acciones de mejora de las cuales se finalizaron el 20%; en cuanto a la complejidad de las mismas, 2 fueron de complejidad baja y una de media; en el año 2007 se propusieron 15 acciones de mejora de las cuales se finalizaron el 60%; de las cuales 5 fueron de complejidad alta y 4 de media; en el año 2008 se propusieron 18 acciones de mejora de las cuales se finalizaron el 72%; 8 de ellas fueron de complejidad alta, 3 de media y 2 de baja.

Lecciones aprendidas.

La gestión por procesos ha servido para conocer los puntos fuertes y las áreas a mejorar de una forma dinámica y actualizada, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. Permite identificar y actualizar toda la documentación que dispone el Servicio así como, a sistematizar la recogida de indicadores; nos ha permitido informatizar el proceso de triaje; se ha confeccionado un programa de formación para el personal de nueva incorporación; y ha permitido implicar a los profesionales en la participación y responsabilización de diferentes áreas del proceso de atención urgente. También ha servido para adecuar los recursos humanos a las necesidades del Servicio.

C-29

EXPERIENCIA INTEGRACIÓN PRIMARIA-HOSPITALARIA EN GESTIÓN DE CUIDADOS EN EL AREA V DE SALUD

*CASTILLO GÓMEZ,C.; ARNAO ALFONSO,J. Y MARTÍNEZ SORIANO, G.. HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO-ÁREA V DE SALUD

Palabras Clave: GESTIÓN CUIDADOS ÁREA ÚNICA

RESUMEN

Contexto de partida.

En enero del 2005 comenzamos un proyecto que suponía grandes cambios en nuestra forma de trabajar, unificación de la Atención Primaria y Hospitalaria en la población del Altiplano (componentes de nuestra organización: 1hospital 3 centros de salud,2 suap y 2 consultorios). La gestión por proceso ha sido una línea estratégica prioritaria, siendo la gestión de cuidados y su continuidad un "Proceso Clave".

Descripción del problema/necesidades.

Desde la creación del Área Única la formación de un equipo único integrado por todos los profesionales y prestar una atención integral al paciente han sido objetivos claves para lo cual era prioritario el disponer de foros comunes de consenso, donde normalizar metodología de trabajo , protocolos y procedimientos, recomendaciones paciente / familia, indicadores comunes de seguimiento, ICC, mapa de procesos de Gestión de Cuidados ... . Con objeto de posicionar al usuario como auténtico protagonista y centro del sistema sanitario, este hecho exige que la separación estructural primaria / hospitalaria desaparezca en el plano funcional.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se define un plan de acción a cumplimentar en dieciocho meses:

1.Se realiza análisis descriptivo de la situación de partida con objeto de dimensionar los problemas y a partir de ahí crear las líneas estratégicas.

2.Se definen como líneas estratégicas:

a.Creación de un foro conjunto de trabajo primaria / hospitalaria (comisión de cuidados)

b.Normalización de protocolos y procedimientos

c.Normalización recomendaciones paciente / familia

d.Formación específica en metodología enfermera con material homogéneo.

e.Desarrollo Mapa de Procesos "Gestión de Cuidados".

Resultados obtenidos.

Se han normalizado un total de 20 protocolos, 12 planes de cuidados estandarizados de aquellas patologías que al alta requieren de cuidados interniveles, 26 recomendaciones paciente / familia, se ha publicado "Manual de cuidados prevención y tratamiento de UPP delÁrea", guía de diagnósticos enfermeros más prevalentes del Área, establecimiento de circuitos "Informe de continuidad de cuidados" por vía telemática y con recepción en primaria a tiempo real del 100% de los informes de alta, desarrollo de indicadores comunes para control de seguimiento y mejora de UPP, se ha implantado el mapa de Gestión de Cuidados siguiendo metodología IDEF.

Lecciones aprendidas.

El trabajo en común Primaria / hospitalaria nos ha permitido homogeneizar cuidados, romper barreras, siendo la comunicación y el trabajo conjunto fundamentales para una asistencia transversal.

C-30

MAPA DE PROCESOS DE UNA DIRECCION ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA

SARRION BRAVO, J.A; ESTEPA MUÑOZ, M; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Mª A; GÓMEZ MONTERO, G; ESCUDERO BATALLA, F Y SEBASTIAN PALOMINO, A.
GERENCIA AREA 2 A.P.

Palabras Clave: Gestión, procesos, calidad, atención primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

El presente trabajo se ha realizado en la Gerencia del Area 2 de Atención Primaria

Descripción del problema/necesidades.

Independientemente del modelo de organización que se adopte a la problema/ hora de definir la estructura de los órganos de gestión de la sanidad necesidades madrileña, se hace imprescindible la existencia de la figura de una Dirección Asistencial, como integradora de todos los aspectos que confluyen en la actividad asistencial propiamente dicha. Esta Dirección Asistencial debe ser la encargada de hacer llegar las líneas estratégicas marcadas por la organización y planificar estrategias de actuación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

los dos puntos sobre los que se basa este trabajo son la gestión según modelos de calidad y la gestión por procesos . Un primer paso es la definición del mapa de procesos estratégicos que se ha orientado hacia cinco procesos básicos, basados en criterios de calidad que se recogen en el siguiente cuadro, y que a su vez se estructuran a través de una serie de subprocesos.

Para ello, tras una revisión bibliográfica, se planteó un modelo de trabajo, sobre el que a través de un grupo de discusión, formado por el equipo directivo del área se definió un primer mapa de procesos sobre el que trabajar.

Con metodología de cajas IDEF se fueron definiendo los procesos estratégicos así cómo los flujos de relación entre ellos.

Resultados obtenidos.

De este modo se definió un mapa de procesos estratégicos que queda como sigue:

LIDERAZGO ; POLITICA Y ESTRATEGIA ; Implantar Contrato Programa ; Evaluar y segur Contrato programa ; Implantar líneas estratégicas ; Seguir programas especiales ; Control la gestión de los Centros ; MEJORA CONTINUA ; Evaluación EFQM ; Mejorar ; Gestión por procesos ; Evaluar la práctica clínica ; Gestionar la innovación ; CONTINUIDAD ASISTENCIAL ; Evaluar la comunicación interniveles ; Resolver problemas de comunicación ; Continuidad sociosanitaria ; Alianzas ; GESTION DE LA INFORMACION ; Y COMUNICACION ; Voz del cliente ; Evaluar necesidades de los clientes ; Voz del profesional ; Comunicación interna ; Comunicar a la sociedad ;

Lecciones aprendidas

La gestión por procesos se constituye como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de las organizaciones excelentes, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas o situaciones desde una visión centrada en las personas, a las que prestan los servicios. En este sentido, supone el cambio de la organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma; un cambio que trata de construir una nueva realidad, no de destruir la anterior.

C-31

PROPUESTA DE UN PROCESO DE CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA

DIEZ SSALVADOR,F; DUQUE GONZÁLEZ,M A Y MARRERO RODRÍGUEZ,F. Hospital Febles Campos

Palabras Clave: calidad; evaluacion de proceso;servicio Ambulatorio;cardiologia

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza el analisis y propuesta de mejora de las consultas externas de cardiologia del hospital universitario de canarias (huc).
Descripción del problema/necesidades.
Con la asuncion de los ambulatorios (cae) del area norte de tenerife por parte del huc tras su integracion en el servicio canario de salud y puesto en marcha un plan estrategico que incluye la adopcion del modelo efqm para la gestion del mismo se decide proponer un modelo de proceso de consultas externas de cardiologia desde dicho servicio, que podría ser extrapolable a las consultas externas de toda la institucion. Se analizaron las diferencias de funcionamiento de los distintos cae y el procedimiento de acceso a los mismos existente en ese momento
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se analiza primeramente el prcedimiento existente. Se comprueba que los puntos mas criticos del mismo son: las entradas erraticas al mismo con multiples clientes y reentradas complejas; las salidas multiples con derivaciones mal gestionadas. Se proponen medidas de mejora de los puntos criticos dependientes de los profesionales que intervienen y tambien de la institucion. En el momento actual se esta en la fase de difusion de los resultados del analisis y de las propuestas de mejora.Se ha elaborado una ficha del proceso con los indicadores necesarios para su control
Resultados obtenidos.
El resultado es la creacion de un mapa del proceso con los protocolos asistenciales del mismo y la creacion de indicadores nuevos para un mejor monitoreo de la actividad
Lecciones aprendidas.
Lo mas interesante ha sido descubrir que puntos del proceso estaban mal gestionados y que presentan grandes posibilidades de mejora. Se ha elaborado un plan de atencion en los cae por parte de los especialistas del huc que hasta ahora se hacia a demanda de los mismos. Que se pueden optimizar las consultas externas de manera que se puede, con el mismo personal del servicio, cubrir de manera mas eficiente la demanda de la poblacion en la atencion cardiologica extrahospitalaria

C-32

GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES EN URGENCIAS: OPORTUNIDAD DEL PACIENTE PARA PARTICIPAR EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA

MARTÍN GONZÁLEZ, V.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M.; ZABALA BAYONA, I.; GARCÍA CAGIGAL, A.; MADRIGAL PARRADO, J.I. Y REDONDO ROJO, M.J..
Hospital San Eloy

Palabras Clave: Reclamaciones, orientación al paciente,calidad percibida

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se ha realizado en el Sº de Urgencias del Hospital San Eloy, hospital comarcal de agudos de Osakidetza-SVS, que da cobertura sanitaria a la comarca Barakaldo-Sestao (Bizkaia) con una población aproximada de 130.000 personas.
El hospital dispone de un Sº de Atención al Paciente y Usuario (SAPU) descentralizado en 3 centros (Hospital y 2 Ambulatorios) de los cuales es referente.
Participaron en el trabajo personal del equipo del Proceso de Urgencias y la Técnico de Calidad.
Descripción del problema/necesidades.
Con la gestión del proceso de urgencias, según la norma ISO 9001:2000, surgió la necesidad de considerar la opinión de los pacientes, no solo a través de las encuestas de satisfacción sino valorando las reclamaciones interpuestas. Hasta ese momento, el SAPU se encargaba de recogerlas y gestionar aquellas que se relacionaran con problemas sanitarios que implicaban al hospital. El resto, no se consideraban cruciales para la asistencia sanitaria, y no eran valoradas ni contestadas de manera sistemática. A través de este proyecto se pretendía conocer y analizar las causas de todas las reclamaciones y darles una respuesta personalizada. Además de recabar más información para orientar el servicio al paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se solicito al SAPU el envió periódico de las reclamaciones relacionadas soluciones aportadas con el Sº de Urgencias. El gestor del proceso analizaba todas ellas y las clasificaba en un registro. Tras analizarlas, se daba contestación a las mismas por medio de una carta o vía telefónica y en las Reuniones del equipo del Proceso, se analizaban las causas y se establecían acciones de mejora.
Resultados obtenidos.
Se pusieron de manifiesto áreas de mejora relacionadas con la información, tiempos de espera y gestión de la prioridad de la atención.
Se dio contestación al 100% de las reclamaciones interpuestas de manera personalizada.
Se ha establecido una relación mas estrecha entre el servicio de urgencias y los pacientes.
Se ha incorporado la percepción del paciente en el enfoque de gestión de la urgencia.
Actualmente la canalización de las reclamaciones al Sº de Urgencias se realiza vía informática desde el SAPU agilizándose el registro y la gestión de las mismas
Lecciones aprendidas.
De este proyecto se concluye que la percepción de los pacientes es un recurso importante a tener en cuenta en la gestión del servicio La llamada telefónica permite un contacto personal con el paciente que aporta información adicional muy importante acerca de sus expectativas.
Tras contestar las reclamaciones existe una satisfacción notable por parte del paciente en cuanto al servicio.

C-33

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS APLICANDO LA GESTIÓN POR PROCESOS

ZABALA BAYONA, I.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M.; MARTÍN GONZÁLEZ, V.; VIVANCO GÓMEZ, M.L.; MADRIGAL PARRADO, J.I Y CRIADO GÓMEZ, Y..
Hospital San Eloy

Palabras Clave: Accesibilidad, gestión por procesos, demora,

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se ha realizado en el Sº de Urgencias del Hospital San Eloy, comarcal de agudos de Osakidetza-SVS, que da cobertura sanitaria a la comarca Barakaldo-Sestao (Bizkaia) con una población aproximada de 130.000 personas. Participaron en el trabajo personal del equipo del Proceso de Urgencias formado por personal médico, de enfermería, celadores, personal administrativo y la Técnico de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

Las demoras asistenciales, las reclamaciones por ese motivo y la problema/ atención del paciente sin criterios de prioridad, planteó la necesidad de necesidades utilizar un modelo de gestión que permitiera sistematizar la prestación
de la asistencia sanitaria, al objeto de optimizar los recursos asistenciales Se establecieron indicadores para el seguimiento de las demoras: demora en el primer contacto con el personal sanitario, valoración de la prioridad de los pacientes para la atención, demora en la atención por el médico, estancia en urgencias, reclamaciones recibidas, resultados de las encuestas de satisfacción.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Como herramienta se utilizo la gestión por procesos según la norma ISO 9001:2000. Se creo un equipo multidispliniar al objeto de establecer los parámetros que garantizarán la accesibilidad a la asistencia sanitaria, en función del problema de salud del paciente. Se analizó la sistemática de trabajo que se llevaba a cabo, detectándose la necesidad de introducir cambios organizativos en la gestión Los cambios valorados por el equipo fueron comunicados en diferentes reuniones a todo el personal de la urgencia Entre los cambios introducidos figuran: ubicación de una persona fija en el área de triaje que asignaba a todos los pacientes un nivel de prioridad, se establecieron dos circuitos para prestar la atención sanitaria en función de la valoración realizada en el triaje y se definieron los tiempos de demora adecuados

Resultados obtenidos.

El seguimiento de los indicadores en la dimensión de accesibilidad mostraron: Reducción de los tiempos de espera antes de primer contacto con personal del triaje y de la atención por el médico Adecuación de los tiempos de demora a la valoración inicial Reducción de la estancia media de pacientes atendidos en área ambulatoria Disminución del nº de reclamaciones Mejora de la percepción del paciente

Lecciones aprendidas.

La gestión por procesos como herramienta útil para mejorar la asistencia sanitaria El triaje es un punto clave en la gestión de los recursos El análisis de las oportunidades de mejora por un grupo multidisplinar y la información son claves para la mejora de la prestación de asistencia sanitaria

C-34

MEJORANDO LA EFICIENCIA EN HEMODINÁMICA. CREACIÓN DE UN HOSPITAL DE DÍA.

CRUZADO ÁLVAREZ, C; DUARTE ARLANDI, M; CARRASCO RUIZ,R; GARCÍA ÁLVAREZ,A; MACÍAS PÉREZ, I Y DÍAZ FERNÁNDEZ F.
Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Palabras Clave: Eficiencia, hemodinámica, hospital de día

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se realizó en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, dentro del área de Hemodinámica estando implicados en el proyecto principalmente enfermeras y médicos

Descripción del problema/necesidades.

Se hace necesario adaptar nuestra Unidad a las necesidades de atención actuales; aumento de la demanda asistencial y procedimientos más complejos. Esto se conseguiría aumentando la actividad en turno de tarde y abriendo una nueva sala en turno de mañana. Nuestro centro se encuentra con una problemática importante en cuanto a la disponibilidad de camas, esto planteaba un problema.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Dentro del proyecto de ampliación se decide crear un hospital de día soluciones aportadas (HdD) con 4 sillones en el área de hemodinámica. Los pacientes tras 6-8 horas en observación pueden regresar al hospital de procedencia o a su domicilio, disminuyendo ingresos.

Esta unidad sería controlada por personal de enfermería de hemodinámica.

Se establece el siguiente flujo de asistencia al paciente: Recepción en la Unidad Preparación para el procedimiento Recuperación tras el procedimiento Preparación del alta o ingreso Se adaptaron los siguientes protocolos para garantizar la calidad: Plan de acogida para el paciente y familia durante su estancia Registro propio de la Unidad Informe con indicaciones para la enfermera de traslado en caso de complicaciones durante el trayecto Tríptico de información al paciente tras el alta

Resultados obtenidos.

Periodo de estudio: 4 de marzo de 2009 a 26 de mayo de 2009. Se han atendido a 484 pacientes programados y 60 urgencias. Tras el procedimiento 60 pacientes cursan alta; 33 a su domicilio y 27 a su hospital de procedencia.. Esto supone un 14,15 % de procedimientos ambulatorios realizados. No consta ninguna complicación con pacientes de alta a domicilio. Sólo un paciente presentó sangrado por el punto de punción durante el trayecto a su hospital.

No se ha suspendido ningún paciente programado ni se han producido reclamaciones de los usuarios en este periodo.

Se prevé que en los próximos meses alcancemos el 30% de procedimientos ambulatorios.

Lecciones aprendidas.

La creación de un HdD y una organización eficiente garantiza unos niveles excelentes de eficiencia y calidad. A la vista de los resultados parece oportuno plantear en aperturas posteriores de unidades de hemodinámica; una estructura y horario similar.

C-35

¿INTEGRACIÓN ASISTENCIAL EN ESPAÑA?: RETOS Y DESAFÍOS/OPORTUNIDADES

GAMINDE, I; LORENZO, S; PALACIO, F; MIRA, JJ; LARA, C Y MARTÍN. A.
GOBIERNO DE NAVARRA

Palabras Clave: Integración Asistencial, Cultura, Gestión de Casos

RESUMEN

Contexto de partida.
Se ha trabajado con 5 grupos de informantes clave pertenecientes a colectivos de diferentes ámbitos asistenciales y Comunidades Autónomas. Participaron en total 46 informantes. Todos los grupos se realizaron en el mes de abril en una sola jornada.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo del proyecto consiste en identificar los factores y barreras más relevantes que determinan la integración de cuidados. Se trabajó sobre 5 ejes clave: cultura profesional de la integración asistencial; herramientas de integración (protocolos, guías, historia clínica); gestión de casos; conciliación del tratamiento; y paciente e integración asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio basado en la técnica del grupo nominal. Adicionalmente, antes de la reunión de trabajo se distribuyeron informes-resumen que enmarcan el tema a debate.
Se elaboraron preguntas clave con las que responder a los objetivos del estudio.
Shan considerado aspectos cuali y cuantitativos: contenido de las propuestas e ideas obtenidas en los grupos, junto al número de ideas que de forma individual y espontánea se repiten más veces. Además, se realizó un análisis transversal cualitativo de las propuestas de los diferentes grupos: Primero, las respuestas a la pregunta común: "barreras y limitaciones a la integración asistencial"; y, segundo, ideas que han ido apareciendo a lo largo de las diferentes temáticas.
Resultados obtenidos.
Para cada uno de los diferentes ejes de la integración asistencial hemos identificado las ideas claves respecto a las diferentes preguntas planteadas en cada grupo. Entre los elementos facilitadores de la integración asistencial que se plantearon de manera espontánea en todos los grupos están: la necesidad de un sistema de información vertical integrada; trabajar con un enfoque al cliente; implementación de la gestión por procesos; la formación como herramienta integradora; y el papel de los gestores de casos; la necesidad de un lenguaje científico-técnico compartido entre los profesionales, pacientes y sociedad; la creación de grupos de trabajo conjuntos; el papel de la educación sanitaria
Lecciones aprendidas.
Este proceso de análisis ha permitido identificar las barreras más comunes para lograr el objetivo de la integración asistencial y los elementos claves para elaborar recomendaciones para que la integración asistencial sea posible. El hecho de preguntar a diferentes profesionales de perfiles bien distintos permite configurar un resultado con un horizonte amplio que abarca desde la atención primaria a la actividad hospitalaria, pasando por centros sociosanitarios y de rehabilitación o comunitarios.

C-36

MEJORA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EXTRAORDINARIA UTILIZANDO TIEMPOS QUIRÚRGICOS ESTÁNDAR

GARCÍA SÁNCHEZ, FJ; LORENZO MARTÍNEZ, S; ORTIGUEIRA ESPINOSA, JA; PRIETO ALAGUERO, P; OVEJA FERNÁNDEZ, R Y GONZÁLEZ ÁLVAREZ, JM.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: Tiempo quirúrgico estándar, programación quirúrgica, Benchmarking

RESUMEN

Contexto de partida.
En el mes de septiembre de 2008, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, estableció un nuevo sistema de medida de la actividad quirúrgica que, además debe servir como sistema retributivo para la actividad en jornada extraordinaria. Este sistema está basado en Tiempos Quirúrgicos Estándar (TQEs), definidos por grupos de expertos de cada especialidad quirúrgica, que asignan un valor determinado a cada procedimiento y, en algunos casos, a procesos diagnósticos concretos.
Descripción del problema/necesidades.
Nuestro objetivo es conocer la repercusión que ha tenido, en el ámbito de la actividad quirúrgica extraordinaria en nuestro Centro, la implantación de un sistema de medida que estandariza los procedimientos y remunera la actividad. Se trata de un Hospital publico de tercer nivel con una población de referencia de 264.000 habitantes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se informo a los Jefes de las Unidades Quirúrgicas y, se diseñó e implantó un circuito para la recogida de información y un programa informático creado al efecto para conocer de forma ágil la actividad realizada en TQEs, el ajuste de la misma a la programación previa de las Unidades, la actividad quirúrgica realizada y suspendida, así como, la influencia de este nuevo sistema en el coste de la actividad extraordinaria. Para ello se estableció como periodo de estudio comparativo Enero a Mayo de 2008 y 2009.
Resultados obtenidos.
Se observa un incremento del 13,7% en la actividad programada que se ajusta a la programación previa aprobada por la Dirección semanalmente. La actividad realizada ha aumentado un 15% y las suspensiones han disminuido un 25%, sin embargo el coste ha disminuido un 2,5%.
Lecciones aprendidas.
El sistema establecido en el hospital para evaluar los TQEs parece efectivo y aporta una información precisa, de forma ágil. La incorporación de los TQEs, como sistema de medida, ha permitido mejorara de forma sensible los resultados de actividad quirúrgica en jornada extraordinaria, facilitando el seguimiento del coste y su ajuste. Además, ofrece la posibilidad de realizar comparaciones con otros hospitales de similar casuística.

C-37

HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO EN LA GESTIÓN DE UGC DEL DISTRITO SANITARIO JEREZ – COSTA NOROESTE

GUTIÉRREZ VALLE, FJ*; OLVERA CALDERON, J; RISCART FERNÁNDEZ, JE Y JIMENEZ MORENO, D.
DISTRITO JEREZ - COSTA NOROESTE

Palabras Clave: Acuerdo,Gestión, Seguimiento, Evaluación, Herramienta,Objetivos

RESUMEN

Contexto de partida.

El Trabajo se realiza en el Distrito Jerez- Costa Noroeste, las áreas implicadas en el mismo son responsables y profesionales del Servicio de Información e Informática y el Servicio de Atención a la Ciudadanía.

Descripción del problema/necesidades.

Tras la Evaluación del cumplimiento de Objetivos de los Acuerdos de Gestión del 2008, se observó que no existía en la mayoría de las UGC un modelo de gestión enfocado al seguimiento y consecución por parte de las diferentes UGC del Distrito Sanitario. Se vio la necesidad de disponer de una herramienta de gestión que aportara información a tiempo real de la evolución del cumplimiento del Acuerdo de Gestión. Esta herramienta estaría a disposición de todo el Distrito a través del portal web. Permite la comparación de las UGC entre ellas. Así mismo el Distrito dispone de información propia sobre seguimiento del Contrato Programa de cada una de las Áreas Técnicas implicadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se elabora cuadro de mando en formato excell de cada una de las Áreas del Distrito, así como de las UGC. El cuadro clasifica los Objetivos según modelos de CP y AGC. Objetivos vinculados a incentivos y su función de valor con la puntuación alcanzada. Cuenta con un sistema de alarma en colores en función si el objetivo no está conseguido, está dentro de los niveles establecido o pendiente de formalizar hasta el momento de su seguimiento.Los profesionales implicados en el trabajo sonlos responsables del Área de Información e Informática y Servicio de Atención de la Ciudadanía. Tras VºBº de la Dirección Gerencia del Distrito se realiza reunión informativa y formativa sobre la disponibilidad de esta herramienta por parte de las Direcciones de las UGC. Fases Temporales: Febrero 2009 - Marzo 2009: Evaluación 2008, Detección del problema y planteamiento de la solución. Marzo 2009- Abril 2009: Diseño de herramienta según CPy AGC. Mayo 2009: Presentación a Técnicos de Distrito en Comisión de Evaluación Trimestral. Mejoras. Junio 2009: Presentación a los Equipos de Dirección de las UGC y puesta en Marcha.

Resultados obtenidos.

Buena acogida por parte de los centros. Se percibe mayor implicación en la gestión clínica. Detección de errores en los Acuerdos de Gestión. Motivación en la gestión derivada de la competitividad.

Lecciones aprendidas.

Todo lo que se mide se puede mejorar.

C-38

¿INFLUYE LA ACTIVIDAD PROGRAMADA DE PEDIATRÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN?

F. ROSA JIMÉNEZ; P. QUINTANA MANRIQUE; MC DURO LÓPEZ; A. MARTÍNEZ ARTERO; M. CORDÓN MAZA Y DA SEVILLA RUIZ.
Hospital de Alta Resolución de Alcaudete

Palabras Clave: Demanda asistencial, urgencias, atención infantil, pediatría

RESUMEN

Contexto de partida.

El presente trabajo se ha realizado en el Área Hospitalaria de Urgencias (AHU) del Hospital de Alta Resolución (HAR) de Alcaudete en colaboración con la consulta de Pediatría de su Centro de Salud (CS).

Descripción del problema/necesidades.

El HAR de Alcaudete soporta desde su apertura una frecuentación muy elevada en su AHU (1532 visitas/1000 hab. en 2007 y 1655 en 2008). Los dos niveles asistenciales (HAR y CS) comparten el mismo edificio con lo que la accesibilidad a la atención pediátrica programada (APP) y al AHU es la misma. En ocasiones, los usuarios manifiestan que utilizan el AHU por imposibilidad de utilizar la APP. Por ello se planteó este estudio que intenta analizar la relación existente entre la APP y la asistencia al AHU.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La actividad de Pediatría se realiza en una única consulta diaria matinal de lunes a viernes. Desde el 1 de enero hasta el 30 de abril del año 2009 se recogió diariamente en el AHU el número de solicitudes de asistencia sanitaria urgente para niños menores de 14 años en horario de mañAna (08:00 a 15:00 horas), tarde (15:00 a 00:00 horas) y noche (00:00 a 08:00 horas). Los datos se cotejaron con la situación de la consulta de Pediatría (abierta o cerrada). Sólo se analizaron las visitas al AHU de los niños de Alcaudete, excluyéndose los procedentes de pedanías y transeúntes. Para el estudio estadístico (SPSS® 13.0) se utilizaron la t de Student y técnicas de ANOVA y regresión lineal (R2 de Pearson).

Resultados obtenidos.

Desde el punto de vista global no existen diferencias estadísticamente significativas entre el número medio de visitas de los niños < 14 años al AHU y el carácter laboral o festivo del día. No obstante, sí existe dicha relación si analizamos las visitas en horario matutino (no en horarios vespertino y nocturno) aunque es muy discreta (R2 = 0,05; p = 0'014). El cierre de la consulta de Pediatría los días laborables se sigue de un incremento estadísticamente no significativo del número medio de visitas al AHU de los niños < 14 años.

Lecciones aprendidas.

Aunque se observa una significativa relación entre la apertura o cierre de la consulta de pediatría los días laborables por la mañana, este factor repercute escasamente en el número total de solicitudes de asistencia sanitaria urgente de los niños < 14 años. Es necesario la realización de estudios con otros diseños para analizar las causas que justifican las consultas de los niños en nuestra AHU.

C-39

MEJORA DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

GONZÁLEZ-CASTILLO, J; ORTIGUEIRA, JA; LORENZO, S; ANGULO, A; MORALES, E Y GONZÁLEZ ALVAREZ, JM.
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON

Palabras Clave: Presión Asistencial, Espera, Calidad, Circuito Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Servicio de Urgencias implicando a todos los profesionales del Servicio.

Descripción del problema/necesidades.

La atención en urgencias hospitalarias se considera un problema en la medida que la presión asistencial podría comprometer la calidad de la atención sanitaria. Una inadecuada atención en las urgencias hospitalarias repercute en la continuidad asistencial, deteriora la información y puede provocar excesiva medicalización. El objetivo fue disminuir los tiempos de espera en el servicio de urgencias

Desarrollo y soluciones aportadas.

Ámbito: hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con más de 125.000 urgencias/año. Periodo de estudio: 2008-09. Se realizó un análisis de los circuitos de asistencia para detectar áreas de mejora, optimizar la ubicación de los pacientes y agilizar la atención de los procesos asistenciales. Se aumentó la carga asistencial en las consultas, dotándolas de personal médico con experiencia suficiente para la toma de decisiones con el mínimo de pruebas complementarias y en el menor tiempo posible. Esto disminuye la carga asistencial de otros circuitos, con lo que podría redistribuirse la ubicación de los pacientes más complejos y reforzar su atención. Indicadores utilizados: tiempo de espera triage-primera valoración médica, tiempo de estancia en el Servicio, porcentaje de pacientes con estancias superiores a 5 h.

Resultados obtenidos.

Se realizó el análisis durante el mes de noviembre de 2008. El rediseño se efectuó en diciembre de 2008 sin recursos adicionales, humanos ni materiales. Se ha reforzado el "área de consultas". Se ha establecido un "área de agudos", con un equipo médico en exclusividad, para la valoración y seguimiento de los pacientes que ingresan en urgencias. Se ha establecido un "área de cuidados mínimos", para pacientes en espera de pruebas o de ingreso. Se ha destinado un médico para la supervisión de los residentes del servicio de Urgencias, para centralizar la resolución de sus consultas y así disminuir los tiempos de respuesta y homogeneizar los criterios. El tiempo de espera entre el triage y la primera valoración médica se redujo un 35,99% (de 62,38 a 39,93 min). La estancia de los pacientes en Urgencias disminuyó en un 20,57% (de 5,64 a 4,48 h). El porcentaje de pacientes que acumularon más de 5 h en Urgencias se redujo un 19,87% (de 29,85% a 24%). Estas cifras no provocaron aumento de ingresos (88,98% en 2008 y 89,02% en 2009) ni de reingresos (5,29% en 2008 y 4,47% en 2009).

Lecciones aprendidas.

El rediseño de los circuitos asistenciales ha reducido los tiempos de espera sin que sea necesario el incremento de recursos.

C-40

¿INFLUYE LA ACTIVIDAD PROGRAMADA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN?

F. ROSA JIMÉNEZ; C. ORTEGA CAMACHO; FJ HOYO RODRÍGUEZ; JL GUTIÉRREZ CUADRA; JM CERÓN MACHADO Y F. ROMÁN RODRÍGUEZ.
HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ALCAUDETE

Palabras Clave: Demanda Asistencial, Urgencias, Atención Primaria, Hospital

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se ha realizado en el Área Hospitalaria de Urgencias (AHU) del Hospital de Alta Resolución (HAR) de Alcaudete en colaboración con su Centro de Salud (CS).

Descripción del problema/necesidades.

Nuestro har soporta desde su apertura una frecuentación muy elevada en su ahu (1532 visitas/1000 hab. En 2007 y 1655 en 2008). Los dos niveles asistenciales (har y cs) comparten el mismo edificio lo que facilita la accesibilidad a la app y al ahu. En ocasiones, los usuarios manifiestan que utilizan el ahu por la imposibilidad de utilizar la app. Por ello se planteó este estudio que intenta analizar la relación existente entre la app y la asistencia al ahu.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La actividad médica de la app se realiza en 6 consultas repartidas en jornadas de mañANA (lunes a viernes) y tarde (martes, miércoles y jueves). Desde el 1 de enero hasta el 30 de abril del año 2009 se recogió diariamente en el ahu el número de solicitudes de asistencia sanitaria urgente en horarios de mañANA (08:00 a 15:00 horas), tarde
(15:00 A 00:00) y noche (00:00 a 08:00). Los datos se cotejaron con el número de consultas abiertas de app en horarios de mañANA y tarde. Sólo se analizaron las visitas al ahu de los habitantes de alcaudete.

Resultados obtenidos.

No observamos diferencias estadísticamente significativas en la asistencia al ahu entre los días laborales o festivos, tanto en las asistencias totales (mañana, tarde y noche), las asistencias en horario laboral de app (mañANA y tarde), las asistencias en horario de mañANA y las asistencias en horario de tarde. Se ha observado un significativo aumento del número medio de visitas al ahu conforme disminuye el número de consultas de app: del 21'2 % (5 consultas abiertas) al 33 % (3 ó 4). Esta relación es global, sin diferencias cuando se analiza la actividad de mañANA o de tarde. En el modelo de regresión lineal entre número de consultas de app y número medio de visitas al ahu, se confirmó una relación discreta ($r2 = 0'174$) pero significativa ($p < 0'001$) entre el número medio de visitas en horario laboral (mañANA y tarde) en el ahu y el número de consultas de app.

Lecciones aprendidas.

El número medio de visitas al ahu es similar los días laborables y los festivos, aunque sí existe una relación directa con el número de consultas de app. La reducción del número de consultas de ap puede generar un aumento de hasta un 33 % del número de visitas al ahu. A pesar de este dato puntual, la actividad de app influye sólo de manera discreta (< 20 %) en nuestra elevada frecuentación. Es necesario la realización de estudios con otros diseños para analizar el por qué de la misma.

C-41

EVALUACIÓN SEGÚN MÉTODO AGREE DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

VELASCO RODRÍGUEZ, MJ; RUEDA DOMINGO, MT (*); FERNÁNDEZ VALDIVIA, A; VILLAR DEL MORAL, J; TORRES MESA, LM Y FERNÁNDEZ SIERRA, MA.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Palabras Clave: AGREE; Guía Práctica Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado en el contexto de la Comisión de Calidad (CC) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) por miembros de ésta. La Guía de Práctica Clínica (GPC) "Apendicitis aguda en la infancia" fue realizada por los profesionales de Cirugía Pediátrica de la Unidad de Gestión Clínica Médico-Quirúrgica de la Infancia del hospital.

Descripción del problema/necesidades.

La Dirección Médica y la Junta Facultativa del HUVN decidieron en el año 2008, que a través de la CC se evaluasen todas las GPC que se pretendiesen implementar en el hospital antes de que su puesta en funcionamiento.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se utilizó el instrumento para evaluación denominado AGREE ("Appraisal of Guidelines Research & Evaluation"). Este instrumento valora los procedimientos utilizados en el desarrollo de la guías así como el contenido de las mismas. Se compone de 23 ítems organizados en seis áreas: Alcance y Objetivo; Participación de los implicados; Rigor en la elaboración; Claridad y Presentación; Aplicabilidad e Independencia editorial. Cada ítem tiene cuatro posibilidades de valoración: muy en desacuerdo (1 punto), en desacuerdo (2 puntos), de acuerdo (3 puntos) y muy de acuerdo (4 puntos). Cinco miembros de la CC evaluaron la guía previa a su implementación. Con las puntuaciones que cada revisor otorgó a cada una de las áreas se operó para obtener un porcentaje final, de manera que se obtuvo un solo valor por área (evaluación cuantitativa). Además se aportaron las sugerencias específicas de mejora que los revisores hicieron en dichas áreas (evaluación cualitativa).

Resultados obtenidos.

La puntuación media para cada una de las áreas fue la siguiente: Alcance y Objetivo= 91,1%; Participación de los Implicados= 11,7%; Rigor en la elaboración= 42,9%; Claridad y Presentación= 86,7%; Aplicabilidad= 37,8%; Independencia editorial= 26,7%. El mayor desacuerdo en las puntuaciones entre los cinco revisores ocurrió en las áreas Rigor en la elaboración e Independencia editorial. La evaluación global cualitativa de la guía fue de "Guía recomendada con modificaciones". En muchas ocasiones las deficiencias observadas según el instrumento AGREE no eran tales, sino que simplemente no se habían explicitado los aspectos evaluados.

Lecciones aprendidas.

La evaluación con el método AGREE por parte de miembros de la Comisión de Calidad de todas las Guías de Práctica Clínica que se quieran implementar en un futuro en el HUVN aportará mejoras en la metodología, contenido y recomendación de las mismas.

C-42

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL: UNA EXPERIENCIA PIONERA EN EL SSPA.

JOSÉ MANUEL VISUERTE SÁNCHEZ; CARLOS J VELA CERERO; RAFAEL MARÍA PEREIRO HERNÁNDEZ Y FERNANDO FORJA PAJARES.
Distrito Bahía de Cádiz-La Janda

Palabras Clave: Salud, Bucodental, Experiencia, dentistas

RESUMEN

Contexto de partida.

Los dentistas del SSPA pertenecemos al dispositivo de apoyo de los distritos sanitarios y estábamos encuadrados cada uno en las distintas unidades de gestión clínica donde se encontraban los gabinetes dentales, lo que implicaba que, a pesar de tener una misma cartera de servicios, en la práctica asistencial se nos valorara de forma diferente en función de los objetivos pactados por cada UGC con la dirección-gerencia del Distrito.

Descripción del problema/necesidades.

Existían claras diferencias en los registros de la práctica asistencial, en los objetivos de las diferentes UGC, no existían cursos de formación continuada acreditada específicos para el dentista en las UGC por lo que con la creación de la UGC de Salud Bucodental se intentaba unificar los registros, homogeneizar la práctica asistencial, establecer un plan de formación continuada acreditada específica, un modelo de petitorio de material único, establecer un único flujo de atención y derivación de los pacientes a los distintos niveles asistenciales siguiendo los procesos asistenciales integrados del SSPA.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se formó la UGC Salud Bucodental integrada por todos los dentistas del Distrito y las auxiliares de los distintos gabinetes en Mayo de 2008. Con anterioridad, se mantuvieron varias reuniones para definir las necesidades no cubiertas por las distintas UUGGCC, necesidades formativas acordes con la cartera de servicios de odontología, homogeneizar los registros, tanto en Diraya como en SIPAD, de la práctica asistencial

Resultados obtenidos.

Los objetivos firmados con la dirección-gerencia del distrito para el año 2008 se han conseguido en un 96,4%, siendo la UGC que ha conseguido un porcentaje más alto en la consecución de los mismos, gracias a la implicación de todos los integrantes de la UGC, con ello se ha conseguido homogeneizar los registros de la práctica asistencial recogida en la cartera de servicios. Se ha establecido un plan de formación acreditada por la ACSA específico, dando respuesta a una reclamación que se hacía en la EDP de los Dentistas.

Lecciones aprendidas.

1.-La necesidad que se tiene de que los Dentistas, por la peculiaridad de nuestra práctica asistencial, formemos parte de una UGC propia para homogeneizar todos los aspectos relacionados con dicha práctica asistencial. 2.-Al existir unos objetivos para la UGC específicos de Odontoestomatología se consigue motivar a los integrantes para la consecución de dichos objetivos. 3.-La necesidad de un programa de formación acreditado específico para Odontoestomatología, inexistente anteriormente de la creación de la UGC Salud Bucodental.

C-43

CREACIÓN Y RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL

GONZÁLEZ DE LA FLOR P*; CARMONA VIGO R.; ROMERO JURADO M.; JOVER CASAS JM.; GORDO ORTEGA J. Y CARRASCO DEL VALLE E..
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Palabras Clave: Gestión Clínica, Medicina Interna, Reingenieria

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Regional del SAS. Se implicaron profesionales de los siguientes servicios hospitalarios: Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Oncología Radioterápica, Servicio de Reumatología, Unidad de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

El Servicio de Medicina Interna se constituyó en Unidad de Gestión Clínica. La misión es la de efectuar la prevención y el tratamiento de las patologías mas prevalentes en el ámbito de la población de referencia del área hospitalaria de Jaén y la gestión de los recursos disponibles en un entorno de calidad y eficiencia, situando al ciudadano como centro del sistema. Para alcanzar el objetivo propuesto era preciso un proceso de reingeniería de toda la actividad asistencial previa y la implementación de los cambios y mejoras resultantes del análisis de situación realizado.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para el análisis y valoración de la situación previa de la Unidad se creo un grupo de mejora y análisis del valor, se seleccionaron sus miembros, se definieron las responsabilidades del grupo y se estableció un cronograma de actuaciones. Para el análisis de problemas se emplearon diversas herramientas de calidad, entre ellas el análisis de causas raíz y el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Se implicaron los profesionales del servicio, entre los que se difundio el proyecto mediante diversas sesiones clíncias y por escrito. El proyecto se desarrollo en 6 meses.

Resultados obtenidos.

La UGC de Medicina Interna quedo constituida con 119 camas asignadas y 160 profesionales adscritos. Casi 9 millones de euros de presupuesto para 2007. Resultados y eficiencia: Producción asistencial: 3.700 ingresos hospitalarios, 10%-13% mortalidad bruta, 10,6 días de estancia media, con 2,1% de reingresos por urgencias, más de 9.000 pacientes atendidos en consultas externas. 74%-83% consecución de objetivos. Ejecución presupuestaria con una desviación <2% de la prevista. Gestión de Mejora Continua: Como resultado de los esfuerzos realizados se obtuvo la Acreditación de Calidad de nivel Avanzado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Lecciones aprendidas.

La implementación de una Unidad de Gestión Clínica en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital ha permitido adecuar los objetivos de política sanitaria del Servicio Andaluz de Salud a los recursos disponibles y ello con unos adecuados niveles de calidad y seguridad.

C-44

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA EN PERSONAS INTERVENIDAS MEDIANTE CMA

ESCUDERO LÓPEZ, N.; SAURA PIZARRO, MD.; IBARRA MARTÍNEZ, C.; ZAPATA PÉREZ, R.; MENDEZ ARROYO, MV. Y ORTEGA MIÑARRO, I..
Hospital los Arcos

Palabras Clave: Cuidados, Enfermeria, Proceso Cma

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha desarrollado en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), del Hospital Los Arcos. Están implicados en su elaboración y desarrollo la Supervisora de CMA, la Supervisora de Calidad Asistencial y el equipo de enfermería de la Unidad de CMA.

Descripción del problema/necesidades.

Con la realización del proceso de atención de enfermería a pacientes operados por CMA, los profesionales implicados pretenden dar una atención integral y aumentar la satisfacción de usuarios atendidos por este proceso. El porcentaje de pacientes intervenidos por CMA, en el primer cuatrimestre del 2009, alcanza el 50,54% de la totalidad de pacientes quirúrgicos del hospital. En nuestro centro no existía experiencia previa de atención integral por parte de enfermería a estos usuarios.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En octubre del 2008, dentro del proceso de CMA, se implantó el subproceso de atención de enfermería. El proceso se desarrolla en las siguientes fases: 1º) el enfermo es visto en la consulta de enfermería, en esta la enfermera le hace una valoración psicosocial y se le entrega información oral y escrita. 2º) El paciente llega a la Unidad, el día de la intervención, y se realizan las actividades pre y postoperatorias definidas en el protocolo de actuación quirúrgica y en los manuales de procedimientos. 3º) El alta se produce tras cumplimentación de escala PADSS con resultado positivo.4º) 24h después del alta, se realiza un control telefónico con los ítems: estado general, dolor, estado de la herida quirúrgica, alimentación, eliminación, actividad reposo y adaptación al medio, si no hay incidencias el enfermo sale del proceso.

Resultados obtenidos.

Indicadores definidos para le evaluación del subproceso: (1º) Nº de pacientes atendidos en la consulta de enfermería de CMA/ Nº de pacientes intervenidos por CMAx100. (2º)Nº de pacientes con registro de actividades preoperatorios y postoperatorias/ Nº de pacientes intervenidos por CMAx100. (3)Nº de pacientes que se les ha realizado consulta telefónica/ Nº de pacientes intervenidos por CMAx100. La evaluación se realiza una vez al año, el periodo de estudio es de cinco meses. Para los indicadores 1º y 3º, la muestra es la totalidad de los casos; el indicador 2º, se evalúa mediante muestreo LQAS. Los resultados corresponden al periodo: octubre 08 - febrero 09. Indicador 1º:100% de cumplimiento, 2º LQAS; 90-70; 0.05-0.1; lote válido, 3º indicador: 100% de cumplimiento.

Lecciones aprendidas.

El proceso tiene un elevado nivel de cumplimiento en todas sus fases. Queda pendiente evaluar la satisfacción del usuario.En la

C-45

ADMISIONES: EL CAMINO DE UNA EVOLUCIÓN

MONTSE MONGE GIMENO; CRISTINA LÓPEZ BORRÀS; MARIA CARMEN MARTÍN CEGARRA; MARIA LUISA MEDINA MEDINA; MARIA CARMEN VELASCO BEDMAR Y MARTA BARAHONA ORPINELL.
Hospital Plató

Palabras Clave: Admisión, Equipo, Multidisciplinar, Gestión

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se ha realizado en la Unidad de Admisiones del Hospital Plató de Barcelona. En este proyecto han participado los propios trabajadores de la Unidad, así como otros servicios con los que colabora dicha Unidad.
Descripción del problema/necesidades.
La Unidad de Admisiones es un pilar importante en nuestra organización, dando soporte a diferentes servicios del Hospital. Con la actual estructura de Admisiones (tenemos distintos puntos de atención: UCSI, UCC, Hospitalización, Urgencias), detectamos unas necesidades de comunicación/información a nivel informático, que era necesario cambiar.
Partíamos de un sistema informático específico para cada puesto de trabajo y tipo de admisión. Nuestro propósito era unificar criterios en la admisión del paciente que llegaba a nuestro hospital, siendo indiferente su destino. Necesitábamos mejorar la información al paciente y agilizar el trámite administrativo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Con la implantación de la gestión por procesos en nuestro Hospital se nos ofrecieron las herramientas necesarias para seguir adelante con este proyecto. Se llevaron a cabo reuniones multidisciplinares, contando siempre con la opinión y la colaboración del personal de las distintas Unidades a las que damos soporte.
Se definió por escrito lo que seria ideal tener y se presentó al personal que conoce bien el trabajo por ser el que lo realiza a diario, el cual aportó sus opiniones y propuestas. A continuación se procedió a su implantación y difusión a todo el personal del Hospital.
Resultados obtenidos.
Tras la pertinente formación a todo el personal de la Unidad y su posterior implantación, se pudieron experimentar las siguientes mejoras: Atención al paciente desde cualquier punto de Admisión; paciente mejor informado de futuras intervenciones i/o visitas; mejor comunicación con las unidades de hospitalización y área quirúrgica; reducción tiempo de espera del paciente para ser atendido; obtención de datos que permiten la creación de indicadores para poder medir la calidad de nuestro trabajo y la satisfacción del paciente
Lecciones aprendidas. La importancia de trabajar en equipo y de que éstos equipos sean multidisciplinares; la importancia de contar con la opinión de las personas que realizan diariamente el trabajo y del que son expertas y la motivación que da al personal hacerle partícipe y sentirse escuchado

C-46

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN GLOBAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

LLORENTE PARRADO, C; BORRÁS MORENO, JM ; ZARCA DÍAZ DE LA ESPINA, MA; FLORES BARRAGÁN, JM; COLLAR VIÑUELAS, LG Y AMBRÓS CHECA, A.
UNIDAD DE CALIDAD. HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Palabras Clave: Hemorragia Subaracnoidea, Estándar, Vía Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
Los pacientes que ingresan en el Hospital General de Ciudad Real (HGCR) con HSA son atendidos por los Servicios de Urgencias, Radiodiagnóstico, Neurocirugía, Anestesia, UCI y Neurología.
Descripción del problema/necesidades.
Se detecta variabilidad en la atención a los pacientes, discrepancias en problema/ los criterios diagnósticos y terapéuticos, y aspectos a mejorar en la necesidades coordinación entre los profesionales de los Servicios implicados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se llevaron a cabo reuniones periódicas entre los profesionales de la soluciones aportadas Unidad de Calidad y de los Servicios Asistenciales implicados. Se siguieron las siguientes fases de trabajo:
- Búsqueda de la evidencia científica mediante metabuscadores (sumsearch, tripdatabase, excelencia clínica y google). Presentación de los estándares de Práctica Basada en la Evidencia en los siguientes escenarios: diagnóstico, tratamiento, monitorización y cuidados y seguimiento.
- Adaptación de los estándares de Práctica Basada en la Evidencia a la actividad asistencial del HGCR. Diseño de los documentos que configuran el nuevo plan de atención, con herramientas informáticas (Word, Excel, Access, Power Point, Publisher).
- Presentación y despliegue del plan de atención diseñado en los Servicios implicados y en la Dirección Médica. Compromiso de implantación y evaluación periódica.
Resultados obtenidos.
Se implanta un plan global de atención, que contiene:
1. Algoritmo diagnóstico. Refleja las pruebas adecuadas a la evidencia, necesarias para verificar el diagnóstico de estos pacientes. 2. Hojas de evolución médica y tratamiento, de Urgencias, Fase Aguda y Fase de Estabilización. Son documentos de verificación o checklist que integran los estándares de calidad para tratamiento, monitorización y seguimiento.
3. Hoja de Criterios. Recoge los criterios de indicación de cirugía o tratamiento endovascular, de ingreso en UCI, y de alta hospitalaria. 4. Tríptico de información sobre HSA con recomendaciones al alta. 5. Documentos de evaluación: hoja de indicadores y encuesta de satisfacción. 6. Hoja de variaciones, donde se registran las actividades no planificadas.
7. Otros: documentos de consentimiento informado, tabla de verificación de pruebas y registro de pacientes.
Lecciones aprendidas.
La implantación del plan de atención de la HSA, acorde con la mejor evidencia científica, promueve soluciones a la variabilidad y discrepancias entre los profesionales y mejoras en la organización del proceso, en la información a paciente y familiares y en la investigación, estableciendo los indicadores y estándares para su mejora continua.

C-47

SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (HGCR)

LLORENTE PARRADO, C; CALAHORRA FERNÁNDEZ, L; RODRÍGUEZ CANO, T; ARMENTEROS LECHUGA, M; LAGOS PANTOJA, E Y CAMACHO BAUTISTA, MJ.
UNIDAD DE CALIDAD. HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Palabras Clave: gestión por procesos, mapa, calidad asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.
La Unidad de Calidad del HGCR se encuentra en proceso de certificación según Norma ISO 9001/2008 conjuntamente con las áreas de investigación, docencia y formación del hospital.
Descripción del problema/necesidades.
La adecuación de la Unidad de Calidad a un sistema de mejora continua con certificación según ISO 9001/2008, implica la identificación y organización de los procesos de la Unidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos sobre gestión por procesos, relacionados fundamentalmente con el ámbito hospitalario.
Se llevaron a cabo reuniones periódicas entre los profesionales de la Unidad de Calidad y la subdirección médica de Investigación, Docencia, Formación y Calidad.
Se siguieron las siguientes fases de trabajo:
- Identificación de los procesos estratégicos, operativos y de apoyo.
- Diseño del mapa de procesos de la Unidad, integrado dentro del mapa general de Investigación, Docencia, Formación y Calidad.
- Definición y desarrollo de los procesos organizados en el mapa.
Resultados obtenidos.
a. Mapa de procesos, con representación de 3 tipos de procesos: -Estratégicos; estrategia de Dirección, planificación de objetivos y revisión de resultados.
-Operativos; relacionados con la gestión de objetivos de calidad, elaboración de procesos/vías clínicas, gestión de la seguridad del paciente, auditorías de calidad, asesoría institucional, docencia, formación e investigación de calidad.
-Apoyo; formación de los profesionales, gestión de instalaciones y medios, gestión de la calidad y servicios externos.
b. Fichas de los procesos, que definen: identificación del proceso, propietario, misión, equipo, ámbito, límites (entradas y salidas), documentos, registros y estándares de evaluación con planificación de su seguimiento.
c. Desarrollo de los procesos, mediante diagramas de flujo que recogen la secuencia e interrelación de los subprocesos/actividades y sus responsables, con hipervínculos que permiten el acceso interactivo a los documentos y registros.
Lecciones aprendidas.
La organización por procesos de la Unidad de Calidad es una herramienta útil, no sólo para la certificación, sino también para alcanzar la Excelencia de la Calidad, promoviendo la mejora continua con la máxima satisfacción de los profesionales de la Unidad, del Hospital a los que prestamos apoyo y de los pacientes.

C-48

GUÍAS PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS ONCOLÓGICOS: PROYECTO “ONCOGUÍAS”.

FRAILE CASTELAO, ROSA; OTO TERRER, JOSÉ MANUEL ; GÓMEZ PALMERO, ÁNGEL; DEL CAÑO JIMÉNEZ, GEMMA ; REVILLA RAMOS, FERNANDO Y HERNANDO MONGE´, ANA .
CONSERJERÍA DE SANIDAD

Palabras Clave: Gestión de procesos. Procesos oncológicos.

RESUMEN

Contexto de partida.
El cáncer es la segunda causa de muerte en la Comunidad de Castilla y León. Hay 10.000 casos nuevos anuales, 7.000 fallecimientos y 17.000 hospitalizaciones. La Estrategia Regional contra el Cáncer y los Planes de Gestión, proponen mejoras en la prevención, el diagnóstico precoz, organización, reducción de tiempos de espera, consejo genético y aspectos psicosociales
Descripción del problema/necesidades.
El abordaje de los procesos oncológicos requiere el concurso de múltiples servicios y profesionales. Esta complejidad ocasiona descoordinaciones, discontinuidades, demoras, actividades duplicadas, omisiones y tareas innecesarias. El proyecto Oncoguías se gesta con la finalidad de estructurar las actividades relacionadas con los procesos oncológicos de mayor relevancia. El objetivo es reunir los recorridos del paciente en documentos de referencia de calidad asistencial minimizando esperas y facilitando la continuidad asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Constitución de un Grupo Coordinador del proyecto. Formación de grupos de trabajo específicos, con profesionales asistenciales y de la administración sanitaria, con el encargo de abordar de forma multidisciplinar los procesos oncológicos desde una perspectiva metodológica de gestión de procesos. Elaboración de una Guía metodológica. Identificación de necesidades y expectativas de pacientes y familiares utilizando la metodología del grupo focal. Implantación de los procesos diseñados.
Resultados obtenidos.
Elaboración de 11 documentos de trabajo: Guía para la gestión del proceso cáncer de mama, cuidados paliativos en el enfermo oncológico, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, melanoma, cáncer de pulmón, cáncer gástrico, cáncer de vejiga, cáncer de cérvix, mieloma y cáncer de ovario. La asunción del proyecto y su grado de desarrollo ha sido irregular. La implicación de los profesionales y de los propios líderes no ha sido uniforme. Los primeros resultados intermedios en las áreas en las que la implantación ha sido efectiva, apuntan el beneficio que aporta la metodología utilizada para la buena gestión de los procesos oncológicos.
Lecciones aprendidas.
El éxito del despliegue operativo de cada proceso pasa indefectiblemente por analizar las oportunidades específicas y la mejor estrategia individual de cada unidad de gestión, teniendo en cuenta no sólo aspectos como los recursos necesarios o la adecuación de los sistemas de información, sino también, y sobre todo, el grado de madurez de la unidad y el compromiso con la gestión de la calidad de sus líderes.

C-49

UNA EXPERIENCIA EN LA DINAMIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA 2004 - 2009

ESTEBARANZ GARCÍA, FJ Y DELGADO GARCÍA, A.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Palabras Clave: Gestión clínica; Investigación; Dinamización; Impacto; Excelencia

RESUMEN

Contexto de partida.

En el año 2004 se detecta en el Hospital Virgen de la Victoria una motivación y sensibilidad positiva hacia la investigación, sin que exista el apoyo necesario para conseguir resultados importantes. La Dirección se implica en la dinamización de esta expectativa que considera clave para la excelencia del hospital

Descripción del problema/necesidades.

Año 2000-2004: situación inicial problema/ - puesto nº 95 entre los hospitales españoles en nº de publicaciones necesidades con impacto (IF)

- investigación focalizada en ensayos clínicos (EC)
- financiación pública en convocatorias competitivas de proyectos de investigación <200.000 EUR/año, con una media de 2-3 proyectos/año
- facturación anual por EC doble que la de proyectos de investigación
- >100 facultativos implicados en la investigación, fundamentalmente EC
- no existen investigadores básicos ligados al centro
-no se dispone de instalaciones específicas para investigación experimental

Desarrollo y soluciones aportadas.

2003-2004: El hospital elabora un plan estratégico de investigación; convencido de que está ligada con la calidad asistencial y de docencia decide implicarse desde su equipo directivo con esta apuesta. Se integra en una Fundación, con la implicación del sector empresarial y la Universidad. Se constituye y procedimentaliza una Comisión de Investigación, que cumple además la función de dinamización, y apoyo metodológico. Se implanta un dispositivo satélite técnico-administrativo de la Fundación para prestar apoyo administrativo y de asesoramiento estadístico. Se inicia la construcción de un laboratorio de investigación

Resultados obtenidos.

Los datos cuantificables más destacados son los siguientes:

- De 2 proyectos públicos financiados en 2003 a los 14 en 2007 y 11 en 2008
- En 2008 ya se han contabilizado 9 contratos de investigadores con recursos específicos para RRHH
- La financiación pública sube hasta 828.000 EUR
- Financiación privada (no ensayos) situada en 2008 en 394.000 EUR.
- De 0 a 5 grupos participantes en redes y centros de investigación cooperativa.
- De 73 artículos publicados en 2003 a 165 en 2008
- Incremento del IF de 119,39 en 2003 a 363,60 en 2008
- En 2008 se inaugura el laboratorio de investigación biomédica, en el que trabajan unas 30 personas de forma exclusiva

Lecciones aprendidas.

Nuestra experiencia nos permite concluir que:

1. La calidad asistencial está íntimamente ligada a la investigación, y ésta la mejora de forma importante.
2. Cuando un equipo directivo se implica en el despliegue de una estrategia concreta, la tasa de éxito se incrementa notablemente

C-50

INFORMATIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA, AVANZANDO HACIA EL FUTURO.

BARRIOS GARCÍA, R.; RODRÍGUEZ RUIZ, J. Y GARCÍA DÍAZ, A..
E.P. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA)

Palabras Clave: Informatización, Cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado en la E.P. Hospital Costa del Sol Marbella, implicando a un grupo de profesionales, Dirección de enfermería, Unidad de Calidad, Comisión de Evaluación de la Práctica Enfermera y el R.U. de Enfermería de la unidad pilotada.

Descripción del problema/necesidades.

La ausencia de aplicativo informático de enfermería, variabilidad de registros, dificultad para explotar la actividad enfermera, son alguno de los problemas detectados. Pretendemos describir la fase de pilotaje de un sistema de gestión de la clínica enfermera en nuestra unidad de especialidades quirúrgicas, analizando lo beneficios y problemas a lo largo del último trimestre.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se creó un grupo de mejora que incorpora: valoración con escalas (Braden, Barthel, Downton, riesgo nutricional…); plan de cuidados estandarizado del proceso quirúrgico (NANDA, NIC, NOC), informe de alta y continuidad de cuidados. El método desarrollado:1.análisis de la situación de partida, 2.esquema organizativo de los procesos consensuado por los responsables,3. estudio de la aplicación informática y de su integración en las diferentes áreas, 4. formalización de los documentos implicados en los procesos, 5. elaboración de un manual de uso, 6. formación de los usuarios de la aplicación informática. Cada profesional dispone de un PC mininote que utiliza para planificar sus cuidados a pie de cama, contando con la tutoría de dos informáticos y el supervisor de la unidad.

Resultados obtenidos.

Los indicadores de calidad valorados son: Valoración enfermera (identificación de cuidador principal, pacientes frágiles, escalas), informe de alta enfermera y de continuidad de cuidados, etiquetas de Dx Enfermeros, acciones, resultados de la actividad enfermera y aspectos de educación sanitaria más prevalentes. Al ser un estudio descriptivo en el que la implantación del aplicativo se realizó en el último trimestre de 2008 y primeros de 2009, aún se están analizando los resultados y su impacto, los cuales serán expuestos en el congreso.

Lecciones aprendidas.

Es fundamental el trabajo en equipo para alimentar la base de conocimientos del aplicativo de enfermería. La actividad enfermera, incluyendo el trabajo del auxiliar de enfermería queda unificada en la historia del paciente. Trabajar sobre la agenda de enfermería es la clave para que los datos sean reales. Se consiguen unas mejoras ante los indicadores de calidad marcados por la Dirección Enfermera que inciden de forma directa en la mejora continua de la calidad de los cuidados asistenciales del paciente.

C-51

RESULTADO DE UN CICLO DE MEJORA EN LA PUBLICACIÓN DE LOS CUADROS DE MANDO EN UNA INTRANET

ALEMANY TOMAS, B; PELLICER ORENES, F; PUERTA JIMENEZ, JM; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, P; BARRANCO ZAMORA, M Y MURCIA ALEMAN, T.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Palabras Clave: Cuadros, Mando, Intranet

RESUMEN

Contexto de partida.

Conociendo la necesidad en los S.I. mediante el uso de circuitos ágiles que aporten información real al Equipo Directivo, la Gerencia del Hospital (H) y la Subdirección de SS.II y Evaluación, se plantean dar respuesta En el Servicio de Evaluación, dependiente de la citada Subdirección, nos planteamos las posibles soluciones que se podrían implantar: Email, Sistema Ficheros Compartidos e Intranet (I)

Descripción del problema/necesidades.

La opción elegida fue la creación de una I con una estructura que problema/ permitía a los usuarios encontrar información de una forma rápida, necesidades sencilla y en el momento en que está disponible

El desarrollo de la I ha sido en respuesta a la línea de actuación del criterio de Resultados en las Personas: Mejorar la satisfacción de los Profesionales, intentando mejorar el resultado en relación al conocimiento del negocio del hospital Como todo programa informático, la I precisaba de un análisis, diseño e implementación. También, se diseño un ciclo de mejora con la construcción de indicadores que evaluaran la eficiencia o eficacia del proceso a desarrollar en una situación ideal que respondiera a las necesidades requeridas

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para la difusión y comunicación de los Cuadros de Mando (CM) de los soluciones aportadas SS.II. del HUVA, se realizaron los siguientes pasos:

1. Tipo de Evaluación. Interna, realizada por el personal propio como una autoevaluación retrospectiva. Su principal objetivo es minimizar retrasos en los envíos y evitar la no recepción de los CM.
2. Captación y análisis de los datos. Las mejoras que se propusieron pretenden doble efecto: Capacitar a los receptores con una información veraz para la toma de decisiones, y, cumplimentar los objetivos de remisión de información internos y del CG del H

Resultados obtenidos.

En la 1ª autoevaluación realizada, antes de la implantación del ciclo de mejora, los resultados fueron: % cumplimientos sobre catálogo de 20 productos durante un periodo de 6 meses de estudio, fue del 15% En la 2ª realizada 10 meses después (implantada ya la intranet): % cumplimientos sobre catálogo de 22 productos durante el citado periodo, fue del 45% En la 3ª realizada 6 meses posteriores a la 2ª: % cumplimiento sobre catálogo de 24 productos es del 70%

Lecciones aprendidas.

El impacto que ha tenido la implantación de la I en la calidad de los CM ha sido muy grande, pues se ha pasado de tener el 100% de los CM manuales con un cumplimiento del 15%, aL71% de informes publicados en la web, con un cumplimiento del 70%, esto demuestra que la implantación de la I ha supuesto una mejora en la calidad de los CM

C-52

EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN

PELLICER ORENES, F; ALEMANY TOMAS, B; MURCIA ALEMAN, T; ALBALADEJO BARRANCOS, A M; BUENDIA CLEMENTE, C Y ALCARAZ QUIÑONERO, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Palabras Clave: Herramienta Plan Gestión

RESUMEN

Contexto de partida.

La iniciativa parte de la Subdirección de SS.II y Evaluación, siendo desarrollado por la Analista de Sistemas del Servicio de Evaluación (SE) y la Jefatura del Servicio. La iniciativa cuenta desde un principio con el apoyo de la Dirección de Gerencia de este Hospital (H)

Descripción del problema/necesidades.

Todos los años, el H tiene como objetivo, el cumplimiento de las líneas de actuación fijadas en el Contrato de Gestión (CG) que se firma con SS.CC. Se intenta buscar una herramienta que de soporte a la gestión. Así, en el año 2008 se puso a disposición del Equipo Directivo (ED) un Plan de Gestión (PG), usando como soporte la Intranet del H. Finalizado el ejercicio, evaluamos su utilización y el resultado que el H obtiene

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto fue llevado a cabo por la Subd.de SS.II. a través del SE y con la colaboración de la Gerencia. El proyecto fue difundido a través del Comité de Dirección del H, así como en reuniones puntuales con los miembros del ED. El diseño de la herramienta permite: -Introducir cumplimiento actuaciones de su objetivo -Seguimiento del objetivo que tiene -Valoración puntuación a lo largo del año

Resultados obtenidos.

Se programaron en la herramienta un total de 573 actuaciones, de las que finalmente solo se dio cuenta de 271, lo que supone un 47%. Esto dato, sin embargo, no se refleja en la puntuación finalmente obtenida en el CG, pues está alcanzó el 78%. Esto hizo plantearnos, cara al año 2009, realizar una herramienta que cubriera los objetivos marcados. Entre los cambios introducidos destaca: -No se fija un nº de actuaciones por objetivo. -Se crean grupos de trabajo, responsables de cada una de los objetivos. -Todos los miembros del grupo pueden acceder a ver su objetivo y realizar las aportaciones convenientes en interés a la consecución del mismo.

-Se crea una pantalla de seguimiento para el Coordinador del CG. -Se crea un planing donde se pueda visionar de manera rápida la evolución del PG por los miembros de los Grupos

Lecciones aprendidas.

La nueva herramienta, aporta: -Independencia de gestión. -Claridad en los objetivos y trabajos a desarrollar. -Seguimiento puntual por parte del Coordinador del CG. -Evaluación inmediata a través del planing de seguimiento. El resultado final, se verá con el cierre del CG. Hasta el momento podemos decir que la herramienta ha sido utilizada un 28'6% más que en el mismo periodo del año anterior. DATOS ESTUDIO: Nº veces utilizada herramienta desde puesta en marcha (abr-may): 2008: 28 2009: 36 Nº actuaciones programadas en la herramienta en 2008: 573; confirmadas: 271

C-53

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CÓMO COMPARTIR EXPERIENCIAS

RIVERA ÁLVAREZ, A; GARCÍA FERNÁNDEZ, P; GARCÍA MARTÍN, J; PALACIOS PÉREZ, MA; FERRERO BRENES, A Y SERRANO BUENO, A.
Gerencia Área 8 Atención Primaria

Palabras Clave: Educación en salud, Bases de datos

RESUMEN

Contexto de partida.
La educación para la salud grupal (EPS) forma parte de la cartera de servicios de Atención Primaria. Disponer de una base de datos accesible desde el puesto de trabajo con los proyectos realizados facilita a los profesionales realizar esta actividad.
El esfuerzo realizado por numerosos profesionales de nuestros centros para poner en marcha proyectos de EPS justificaba la creación de un banco de proyectos que multiplicase el alcance de los mismos, de forma que otros profesionales puedan hacer extensibles a sus centros actividades y proyectos que han demostrado su efectividad en otros Equipos de Atención Primaria del área.
Descripción del problema/necesidades.
•Analizar la evolución del banco de proyectos de EPS en un área de salud. •Permitir el conocimiento del trabajo realizado en los diferentes centros, contribuyendo a la difusión de la experiencia.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el año 2007 el grupo de trabajo formado por los responsables de EPS y los responsables en la gerencia (subdirectora enfermera y técnico de salud) crean una base de datos de proyectos de EPS en el portal del área, donde cada Equipo de Atención Primaria pueda colgar los proyectos que ha realizado y acceder a la información de los puestos en marcha por otros equipos.
Los proyectos fueron clasificados por temas para facilitar el acceso y se referenció el equipo y los autores de los mismos.
Esta base de datos está disponible desde octubre de 2007 en la intranet del área.
Resultados obtenidos.
En un año se han comunicado 35 proyectos. El 72% de los equipos tiene al menos un proyecto. Un 22% corresponden a proyectos ajenos al área.
Los temas predominantes son tabaquismo, climaterio, primeros auxilios y autocuidados en la población anciana.
Mayoritariamente son proyectos a desarrollar en el centro de salud, excepto los de primeros auxilios que tienen lugar en el ámbito escolar.
Lecciones aprendidas.
Esta estrategia ha facilitado conocer los proyectos de EPS realizados por los equipos, tanto para el registro como para su difusión al resto de profesionales, facilitando las actividades relacionadas en los centros de salud.
Ha sido valorado como un elemento motivador por los profesionales, por lo que iniciaremos una segunda fase para validar los proyectos metodológicamente.

C-54

ESTRATEGIA DE CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA. SERVICIOS ASISTENCIALES(III)

BALLESTEROS MUÑOZ, MARIA; SALAS GARCÍA, ANGEL Y RUIZ CORTINAS, ROSA.
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
Se está llevando a cabo la Implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad(SGC) en diferentes servicios asistenciales del Consorci Sanitari de Terrassa(CST): Centro de Alto Rendimiento, Hemodiálisis, Salud Laboral y Hospital de Día de Alzheimer(HD).
El hospital de Dia es un centro sociosanitario con un dispositivo para enfermos de Alzheimer que integra la atención al enfermo y a sus familiares.
El equipo de profesionales está formado por un pequeño grupo multidisciplinar, fuertemente cohesionado que ofrece una atención integral con el objetivo de la mejora de calidad de vida tanto para el enfermo y como de ayuda para la familia tras el impacto psicológico que sufren.
No conocemos otro centro de estas características con un sistema de gestión de la calidad implantado.
Descripción del problema/necesidades.
Se trata de un centro de reciente construcción. El propio equipo de trabajo, con apoyo de la dirección, pensó en la posibilidad de crear una metodología de trabajo para conseguir un alto nivel de calidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se tomó como guía otras experiencias en la misma organización, soluciones aportadas teniendo en cuenta la peculiaridad del centro en cuanto a clientes(enfermos y familiares) y profesionales.
Se tuvieron en cuenta los requerimientos legales de los centros sociosanitarios así como los estándares de calidad del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
Se sucedieron distintas fases con un cronograma de acciones inicial y otro posterior. Durante el 2009 se trabajó la cuestión organizativa del centro y del comité de calidad creado. Se continuó con la identificación de los procesos clave, estratégicos y de soporte y los procedimientos de trabajo relacionados. Se revisaron los procedimientos generales de la organización.
Durante el 2010 se establecen indicadores con análisis de los resultados obtenidos, con la finalidad de implantar acciones de mejora.
El desarrollo de la implantación se revisó de forma continua por el comité de calidad del HD(integrado por todo el equipo de trabajo) y por la dirección de calidad del CST(implicada a través de sus revisiones).
Resultados obtenidos.
Se consiguió la identificación y descripción de los procesos.
La revisión y/o adecuación de los procedimientos.
Indicadores para medir y analizar las posibles mejoras(tanto a nivel de enfermos como de soporte a las familias).Consiguiendo mejorar activamente la labor de los profesionales.
Lecciones aprendidas.
Es relativamente fácil sumergirse en la implantación de un sistema de gestión de la calidad con un equipo fuertemente cohesionado y con motivación por superarse. El trabajo bien hecho también es mejorable.

C-55

ESTRATEGIA DE CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA. I

RUIZ,ROSA; BALLESTEROS, MAYPI Y SALAS, ANGEL.
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

Palabras Clave: Estrategia, Integrada

RESUMEN

Contexto de partida.

El Consorci Sanitari de Terrassa es una organización sanitaria integrada que da cobertura integral de Salud a una población de 150000 habitantes. El proyecto se desarrolló en todos los niveles : primaria, especializada y sociosanitario y en todas las áreas de la organización, tanto clínicas como de soporte.

Descripción del problema/necesidades.

En el año 2004 , en la planificación del Plan Estratégico ,se detecta la inexistencia de una estrategia y metodología común de Calidad , así como la inexistencia de un Plan de Calidad común. Se visualiza la necesidad de definir una Política de Calidad , una estrategia de implantación y desarrollo de la misma, y el uso de una metodología común. Se define como objetivo estratégico la integración de la Función de Calidad en la Función directiva, de responsabilidad y asistencial.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se definen dos líneas estratégicas. Una a nivel directivo , que se desarrolla con la creación de una Dirección de Calidad, un Comité de Calidad directivo, y una estrategia de integración de la Mejora de Calidad en los objetivos estratégicos de todas las Direcciones. También se diseña un cuadro de mandos Integral de indicadores .La segunda línea tiene su ámbito de actuación a nivel de servicios ,unidades , comisiones y profesionales.Se crea un marco y soporte metodológico para las comisiones y comités (tanto clínicos como organizativos) y un Registro central ,donde se definen sus funciones sus objetivos anuales y su método de autoevaluación anual . También se diseña un Sistema de Gestión de Calidad Multiservicios , que contempla las recomendaciones de acreditación y certificación de diversos modelos, que es adaptable a cada servicio ,escalable ,con una documentación general para todos, y con el soporte metodológico de la Dirección de Calidad.

Resultados obtenidos.

Desde el año 2008 todas las Direcciones han incorporado a sus objetivos estratégicos la Mejora de Calidad.El cuadro de mandos Integral de Indicadores esta implantado desde el año 2005. Se han identificado 59 Comisiones, comités y equipos de mejora, que han definido sus funciones, han concretado sus objetivos anuales y los han evaluado desde el año 2005.Se ha desarrollado el Sistema de Gestión de Calidad multiservicios, con una hoja de ruta con tres niveles de desarrollo. En 2009 6 servicios están implantando el Sistema de Gestión de Calidad.

Lecciones aprendidas.

Las dos líneas estratégicas han resultado efectivas . Es imprescindible la implicación de la Dirección en los proyectos de Mejora de Calidad y la implicación de los profesionales actúa de motor impulsor de los mismos.

C-56

RESULTADOS DEL CONTROL DEL DOLOR POSQUIRÚRGICO OBTENIDOS MEDIANTE PROTOCOLOS INFORMATIZADOS DE PRESCRIPCIÓN

TUYA, A.*.; JUAN, A.; VARGAS, M.; GIL, G.; SERRAT, P. Y MARTÍNEZ MILAN, J..
antoni.juan@hsantboi.es

Palabras Clave: Dolor Agudo Posquirúrgico, Eva, Prescripción Informatizada.

RESUMEN

Contexto de partida.

1.En el Hospital Comarcal de Sant Boi, de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Sant Boi de Llobregat) con 120000 habitantes en su área de influencia. Es un hospital médico-quirúrgico de 126 camas
2. Servicios de Anestesiología y Reanimación, Farmacia e Informática.
3. Profesionales de los citados servicios (médicos, enfermeras, farmacéuticos e informáticos)

Descripción del problema/necesidades.

1. Asegurar que la prescripción informatizada (PI) no disminuía la problema/ eficacia de los protocolos de tratamiento de dolor agudo posquirúrgico necesidades (DAP).
2. La consecuencia en los pacientes fue el asegurar la citada eficacia.
3. Antes de la PI se utilizaban protocolos de tratamiento del DAP con muy buen resultado medido mediante el análisis del registro de enfermería en el que consta la intensidad del dolor medida con la escala visual analógica (EVA) de todos los pacientes pos-operados. Se trataba de comparar los resultados posteriores al inicio de la PI.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1. Se comparó el período previo al inicio PI con el programa FARMATOOLS de Dominion (abril de 2008) período 1, versus el posterior a la PI (período 2). Se comparan los resultados del EVA de 2 cortes transversales previos a la informatización (19 de abril de 2007 y el 12 de diciembre 2007) con otros cortes (11 de junio de 2008 y el 3 de diciembre de 2008) posteriores a la PI. Se analizan los resultados mediante el test de Χ2 con una significación estadística p<0,05.
2. Participaron médicos y enfermeras implicados en el tratamiento del DAP, farmacéuticos e informáticos.
3. Se difundió el proyecto mediante sesiones informativas.
4. Fase de elaboración, difusión, registro de datos, análisis e información de resultados.

Resultados obtenidos.

1. Los pacientes motivos de comparación, sumados los dos cortes de cada período, fueron 62 (período 1) frente a 64 (período 2). No hubo diferencias en la distribución por géneros, promedio de edad y procedimientos quirúrgicos en los dos períodos. En el período 1 un total de 51 pacientes (82, 86%) tuvieron un buen control del dolor (EVA<4) frente a 57 (89,06%) en el período 2, sin significación estadística (p<0,05)

Lecciones aprendidas.

1. La utilización de protocolos informatizados de prescripción no es menos eficaz que el uso de protocolos escritos.
2. En próximas ocasiones extendería el análisis de eficacia a otras estrategias terapéuticas.
3. La potencial amenaza de la pérdida de eficacia no debe ser un obstáculo para progresar en la informatizacón de la prescripción.

C-57

PRIORIZACIÓN DE MEJORAS EN CLIMA LABORAL: ¿QUÉ IMPORTA MÁS Y A QUIÉN?

HERNÁNDEZ BORGES, AA.; BATISTA LÓPEZ, AL.; TORRES GONZÁLEZ, G.; RAMOS NEGRÍN, PM.; BRANDSTATTER, R. Y JIMÉNEZ SOSA, A.. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Palabras Clave: Clima Laboral, Diagnóstico Organizacional

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Público Universitario

Descripción del problema/necesidades.

Durante 2008 realizamos un estudio de clima laboral dirigida a los profesionales de nuestro hospital. Se detectaron 12 dimensiones relativamente deficitarias. Se planteó la necesidad de priorizar las actuaciones sobre las distintas áreas detectadas

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñó un cuestionario en el que se solicitó a todos los trabajadores valorar (escala 0 a 10) la importancia relativa de cada una de las facetas como "determinante de la calidad de vida en el trabajo y de la calidad asistencial prestada", así como aportar posibles causas y soluciones. El cuestionario se distribuyó entre mayo y junio 2008. Las respuestas fueron recibidas y codificadas hasta septiembre de 2008. Se empleó el análisis de la varianza de una vía para comprobar si las tres áreas se diferenciaban por la prioridad dada. Se llevó a cabo corrección de Bonferroni (alfa/k)=0,05/12=0,0042. En aquellas pruebas globales en las que el valor de p<0,0042, se usó la prueba de Scheffé para las comparaciones a posteriori entre pares de áreas. Se empleó Chi-cuadrado para evaluar las diferencias entre áreas por causas y soluciones propuestas

Resultados obtenidos.

744 personas contestaron la encuesta, 114 correspondían al Área Médica, 229 a Enfermería, y 260 a Gestión (18%, 14% y 42% de plantillas, respectivamente). Las cargas de trabajo fue la dimensión a abordar con mayor prioridad (7.5 ± 0.2, media ± 2DE), seguida de retribuciones (6.6 ± 0.2), decisiones de la dirección (6.6 ± 0.2), cumplimiento de la misión del centro (6.5 ± 0.2) y condiciones de higiene-salud laboral (6.5 ± 0.2). Las menos prioritarias resultaron el desarrollo profesional (5.8 ± 0.2), formación (5.8 ± 0.2) e información sobre los proyectos del hospital (5.7 ± 0.2). Los médicos consideraron más prioritario mejorar la información sobre los proyectos, la formación, y las condiciones de higiene-salud laboral que el personal de enfermería y gestión (p<0.001). Enfermería dio mayor prioridad a las iniciativas medioambientales que Gestión (p<0.001). El personal de gestión no mostró mayor prioridad respecto a ningún ítem. Un gran número de causas y soluciones fueron aportadas, no detectándose diferencias significativas entre las tres divisiones

Lecciones aprendidas.

Pudimos comprobar que los aspectos negativos del clima laboral más cercanos a las condiciones del trabajo son los más prioritarios, y que los médicos expresan más urgencia en sus demandas de intervención sobre los déficits que el personal de enfermería y de gestión

C-58

PROGRAMA PROVINCIAL DE GESTION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION DE LA SALUD

SILVANA GROSSO; TANIA YEDRO; ANALIA MONTERO; ALBA MAIDANA; BEATRIZ ROMERO Y HUGO MALDONADO.
Ministerio Salud Publica. Pcia. Corrientes. Argentina

Palabras Clave: Calidad, Procesos,

RESUMEN

Contexto de partida.

Es proyecto de Direccion de Planeamiento. Se realizo en dos hospitales de adultos y un pediatrico con mas de 100 camas y el 65% de los egresos. Expertos magíster en Calidad y equipos de calidad formados por los directores y los medicos, tecnicos, enfemeros y administrativos que intervienen en los procesos elegidos

Descripción del problema/necesidades.

Corrientes tiene 60% de hab. pobres, 80% atendido por salud pública que tiene el 70% de camas. No trabajan sobre procesos integrales que conformen cadenas de valor, sino en parcelas de poder de los jefes de servicio. No tienen puesta la mira en el paciente por causa del modelo medico hegemónico. No tienen los procesos definidos, tampoco se aplican guías de practica clínica. La mortalidad infantil es 15,7/ooo, 90% de tenían más de 2500 gs. El 60% de muertes reductibles. Esto obliga a trabajar con herramientas que optimicen la gestión de procesos y recursos. OBJETIVOS Fortalecer los servicios desarrollando cultura de calidad. Capacitar al capital humano en calidad. Implantar visión sistémica, de procesos y autocontrol. Diseñar un método continuo para mejorar la gestión

Desarrollo y soluciones aportadas.

Reuniones con autoridades y en hospitales explicando los alcances. Se consensuó con los directores dos procesos, personas que trabajarían, días de trabajo. H. Llano: Admisión Consultorio Externo y Estadística.
H. Pediátrico: Admisión Emergencia y Admisión pedidos de laboratorio.
H. Vidal: Admisión internacion y Solicitud estudios extrahospitalarios.METODOLOGÍA: Detección de problemas. Priorización de procesos críticos. Análisis de causas y oportunidades de mejora. Implantación de mejora. Reunion semanal de expertos con equipo de cada hospital y reuniones conjuntas con los hospitales.

Resultados obtenidos.

En H.Llano, el nulo compromiso de medicos, impuntualidad e inasistencia a consulta con un promedio de 46 pacientes no atendidos/medico/mes, escasa competencia del personal de admision. Se impone un programa de capacitacion. En H. Vidal, bajó a 2 dias la autorizacion de estudios extrahospitalarios. El proceso de admision para internacion sin mejoras. En H. Pediatrico aumento el horario de medico orientador atendiendo patologia banal, reduciendo 50% el tiempo de espera. Admision de laboratorio, designó una persona exclusiva para atencion de pacientes.

Lecciones aprendidas.

La experiencia posibilita cambios, aumenta eficacia y eficiencia, aporta al desarrollo de la gestión de los servicios públicos de salud, permite mejorar la calidad de los servicios al identificar al cliente como la persona más importante, aumenta satisfacción de pacientes y disminye costos al evitar REPROCESOS

C-59

EXPERIENCIA EN LA ELABORACIÓN DE UNA VIA CLÍNICA PARA CESÁREAS PROGRAMADAS EN H.U. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

V.MELERO JIMENEZ; R. QUINTERO PRADOS; P. PADRÓN; A. MONROY MORCILLO; PROF. B. HERVIAS VIVANCOS y PROF. J.L. BARTHA RASERO.
melerojimenez@hotmail.com

Palabras Clave: Via Clinica, Cesarea Programada,

RESUMEN

Contexto de partida.

Con el ánimo de introducir nuevas estrategias de gestión de calidad, en la sección de obstetricia del HUPM, se ha trabajado en la creación de una vía clínica para cesárea programada, mediante la colaboración grupal de los distintos ámbitos profesionales que intervienen en la atención a las pacientes programadas para cesárea.

Descripción del problema/necesidades.

Actualmente en nuestro servicio existe una gran variabilidad en relación a la atención puerperal postcesárea programada. Esta variabilidad influye sobre los indicadores de actividad asistencial (ej. duración del ingreso), seguridad del paciente y coordinación del trabajo entre profesionales. Además, aunque las encuestas de satisfación telefónicas anuales en el área de obstetricia son muy favorables sí analizamos las encuestas autocumplimentadas al alta, aspectos como la información, la comunicación y los tiempos de espera son los indicadores peor percibidos por las pacientes.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Los puntos fundamentales de los que consta la vía clínica son: flujograma, descripción mediante diagramas de flujo del proceso desde el límite inicial (consulta de control de embarazo) al límite final (alta hospitalaria);estructura de indicadores: diferentes indicadores que pueden ser evaluados; ej. cesarea con cumplimiento de vía clínica, cesáreas que se ajustan a la vía y mantienen estancia menor o igual a 4 días;estancia media; indicadores de satisfación; proporción de cesareas programadas, urgentes o derivadas extraárea;matriz o estructura base que indica de forma objetiva las tareas adjudicadas a cada eslabón de la atención de la mujer en función del tiempo y la evolución del proceso basado en medidas obtenidas mediante revisión bibliográfica según las mejores evidencias cientifícas para cada actuación; evaluación de cumplimiento y satisfación de la vía. Tras el diseño inicial se iniciarán reuniones grupales con personal médico, enfermeria y auxiliares para coordinar el proceso de forma integrada.

Resultados obtenidos.

Actualmente estamos revisando la vía,sirviendo para conocer los efectos de las medidas que se aplican en los cuidados de cesáreas y la evidencia científica que las apoya; planteándo posibles modificaciones que mejoran la atención integral a la paciente

Lecciones aprendidas.

El consenso grupal mejora la comunicación interprofesional y ayuda a coordinar la toma de decisiones, consiguiendo que estas sean más eficaces,seguras y con menor variabilidad, en el marco de una nueva forma de ver la asistencia clínica.

C-60

MEJORAR LA CLASIFICACIÓN DE LAS RECLAMACIONES, CON EL FIN DE OBTENER UNA INFORMACIÓN MÁS VERAZ DE LAS MISMAS.

OLIVERA CAÑADAS, GUADALUPE; MONGE MARTÍN, DIANA; AMENGUAL PLIEGO, MIGUEL; BUSTAMANTE FERNÁNDEZ, P, Y HERNÁNDEZ BERNABÉ, C..
Gerencia área 6

Palabras Clave: Reclamaciones, Clasificación, Garantia Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se hace en el departamento de atención al usuario del área 6 de atención primaria del servicio madrileño de salud, donde llegan las reclamaciones que los usuarios ponen en los equipos de atención primaria. Un administrativo clasifica las mismas según la base de datos i track de la Dirección General de Atención al Usuario (común para especializada y primaria).

Descripción del problema/necesidades.

La base i-track contiene 30 motivos para clasificar las reclamaciones; cada uno de ellos contiene diferentes submotivos, que aportan mayor conocimiento a la reclamación.

En la Unidad de Atención al usuario, un observador interno clasifica las reclamaciones según los distintos motivos en función de lo que alega el usuario.

Un análisis de enero a octubre de 2008, refleja que de 1092 reclamaciones, el submotivo más frecuente registrado es “otras”, que ocasiona una importante pérdida de información.

Necesidades: mejorar la clasificación de las reclamaciones, evitando la pérdida de información del submotivo “otras”.

Valoración del grado de concordancia entre dos observadores para clasificar los motivos de reclamaciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Muestra: 77 reclamaciones de las 230 clasificadas con submotivo soluciones aportadas “otras”. Muestreo aleatorio (una de cada 3) Un observador externo, valora el grado de desacuerdo con el motivo registrado y si cambiaría el registro del submotivo “otras”, por otro con mayor información dentro del mismo motivo registrado.

Variables: Cambio de registro de submotivo otras (frecuencia y el porcentaje).

Grado de concordancia inter-observador (índice Kappa).

Resultados obtenidos.

77 reclamaciones con submotivo “otras”, 56% de ellas el observador externo codificaría un submotivo distinto.

En el acuerdo inter-observador para los motivos registrados, el observador uno tenía codificados un total de 7 motivos, el observador 2 codifica un total de 10. Los grados de concordancia muestran índice Kappa con valor moderado en cuatro de los motivos, sustancial en uno de ellos e insignificante en otros 2, apareciendo además tres motivos que el observador 2 encuentra y el observador 1 no ha contemplado.

Lecciones aprendidas.

Creación de un grupo de mejora con responsable de atención al Usuario, responsable de calidad y administrativo que hace el registro habitual Se revisan los motivos con mayor grado de desacuerdo.

Se valoran los motivos y submotivos; se llega a un consenso sobre su significado Puesta en marcha de estas medidas, revisión de las reclamaciones del primer trimestre 2009: el submotivo “otras” ha pasado al sexto puesto.

C-61

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: EVALUAR PARA MEJORAR

ABAD DÍEZ JM; ENRÍQUEZ MARTÍN N; MARZO ARANA J; SAMITIER LERENDEGUI ML; MARTÍN ACERA S Y GARCÍA ENCABO M.
DG Planificación y As. Dto Salud y Consumo. Aragón

Palabras Clave: Evaluación Servicios de Salud, Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se desarrolla en el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, a partir de un grupo de trabajo que combina experiencia clínica y de planificación en Atención Primaria
Descripción del problema/necesidades.
El Real Decreto 137/1984, de estructuras básicas de salud, sienta las problema/ bases de la reforma de Atención Primaria. Recientemente se ha necesidades planteado dar un nuevo impulso a esta red asistencial, a través del
Proyecto estatal AP21 y de las “Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón (20082011)”. Actualmente se trabaja en el desarrollo de un sistema de información (SI AP) con requisitos de competencia tecnológica, sostenibilidad, orientación hacia la gestión clínica y hacia los resultados. Para lo cual se define una estructura de indicadores y un procedimiento de adaptación del SI AP a estos requisitos
Desarrollo y soluciones aportadas.
El equipo realiza en 2008 una revisión de las directrices de la comunidad (normativa, Contratos programa, Cuadros de mando y Plan de sistemas) y del Sistema Nacional de Salud (Sistema de Información de Atención Primaria, Plan de Calidad e Indicadores clave)
Resultados obtenidos.
En la Orden de 22 de septiembre de 2008 del Departamento de Salud y Consumo de Aragón, se crea la Comisión para la actualización y gestión del SI AP y se publica el siguiente esquema de indicadores: ESTRUCTURALES Población, oferta, recursos, tecnología, gasto y accesibilidadDE PRODUCCIÓN Presión asistencial, rendimiento de procedimientos diagnóstico-terapéuticos Complejidad. Perfiles de producción (peso medio y relativo de ACGs, Bandas de recursos)UTILIZACIÓN/DEMANDA Extensión e intensidad de uso, frecuentación, perfil de demanda (EDCs)CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN: Tasa de derivaciones, procedimientos por paciente, ingresos y frecuentación a urgencias por patologías RESULTADOS SANITARIOS: Incidencia de procesos teóricamente relacionados con la atención primaria, abandono del tabaquismo, control (diabetes, anticoagulación), úlceras por presión, mortalidad prematura por determinadas causas EFICIENCIA: Razón de Funcionamiento Estándar, impacto en consumos ajustado por ACGs, prescripción por precios de referencia, coste de farmacia y pruebas por paciente-SATISFACCIÓN: demoras, trato, interés, atención e información recibida. Reclamaciones. Cambios de médico CALIDAD DEL REGISTRO: usuarios sin diagnóstico, diagnósticos por paciente
Lecciones aprendidas.
Se obtiene un mapa de indicadores a partir del cual se pueden hacer propuestas de cambio para mejorar el dispositivo de evaluación de la atención primaria pública en Aragón

C-62

INNOVACION, CREATIVIDAD COMO ELEMENTOS CLAVES PARA MEJORAR ACCESIBILIDAD: LA VISITA BUROCRÁTICA Y SU CIRCUITO

COPETTI FANLO, S; MILIÁN CEPRIÀ, S; BRUGUÉ TORRUELLAS, E; MAYMÓ PIJUAN ,N; GARCÍA PÉREZ,R Y GONZÁLEZ ALONSO, C .
ABS Centre (L’Hospitalet)

Palabras Clave: Gestión Calidad, Atención Primaria, Accesibilidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Centro de atención primaria. Equipo de dirección con participación de todos los estamentos.
Descripción del problema/necesidades.
Saturación del equipo de atención primaria(EAP):demoras importantes,exceso de visitas espontáneas y burocratización de las consultas médicas,desmotivación y descoordinación entre profesionales. Análisis causal:mediante técnicas como “lluvia de ideas”, diagrama Ishikawa y de Pareto. Objetivos prioritarios:mejora de la accesibilidad del usuario y de la calidad asistencial reduciendo burocratización de consultas médicas y recuperar bena coordinación entre estamentos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Reunión inicial análisis problemática con todo el EAP,reuniones sucesivas por categorías para homogeneizar y consensuar criterios básicos de actuación,modificación agendas de los profesionales,potenciación de la visita telefónica(VT) y creación de la visita burocrática(VB)y su circuito. Formación y entrenamiento específico del profesional administrativo(PA)personalizado y grupal mediante “roleplaying”.Difusión del nuevo circuito de VB entre los usuarios mediante folletos y carteles informativos o verbalmente en el mostrador del PA o en las propias consultas. Vigilancia:inicialmente semanal,luego cada 15 días y posteriormente mensual.Indicadores:días de demora,nº y tipo de VB,nº de VT,nº de problemas detectados y resueltos de forma satisfactoria,encuesta de satisfacción profesional sanitario y no sanitario y usuarios.
Resultados obtenidos.
Disminuición espectacular de la demora y sostenida en el tiempo.Potenciación progresiva de VB y VT.Incremento de satisafcción usuarios y profesionales.Tipo de VB más frecuentes:recetas hospital,urgencias o especialistas con informe u hoja de tratamiento,problemas con medicación crónica,bajas laborales justificadas y altas de procesos cortos,certificados médicos y volantes ambulancia.Problemas detectados más frecuentes:desconocimietno inicial del usuario del circuito de VB,necesidad de incrementar informáticamnete el nº de VB,descuido inicial de la realización de trámites pendientes por parte de los profesionales,desconocimiento del usuario del horario de recogida de trámites.
Lecciones aprendidas.
El circuito de VB es útil y bien aceptado en un EAP y representa sin duda una buena herramienta de mejora en relación a la accesibilidad.El personal administrativo es clave para garantizar el éxito en su implementación y desarrollo.Se asocia a un incremento en la satisfacción del usuario y de los profesionales.

C-63

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO

LÓPEZ-SORIANO, F*; BERNAL PEÑALVER, L; RIVAS LÓPEZ, F; LAJARÍN BARQUERO, B Y JIMENEZ GARCÍA, MP.
Hospital del Noroeste de Murcia

Palabras Clave: Asistencia sanitaria, Satisfacción del paciente, Dolor

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en la Unidad del Dolor del Hospital del Noroeste de Murcia, por los médicos y la enfermería adscrita a la Unidad
Descripción del problema/necesidades.
Conocer la satisfacción con el tratamiento recibido en la Unidad y evaluar la percepción del paciente sobre la mejoría obtenida tras la aplicación de técnicas invasivas. Las consecuencias fueron poder ajustar las expectativas del paciente a los resultados obtenidos al alta El analisis se realizó mediante Ishikawa y comparando los resultados con publicaciones relacionadas Se midió con indicadores de alivio obtenido, efectos adversos y satisfacción
Desarrollo y soluciones aportadas.
Revisión de la literatura, reflexión y contextualización del problema,adaptación del formulario, despliegue de la encuesta, muestreo aleatorio, entrevista telefónica, recogida de datos, explotación de los mismos y propuesta de acciones correctoras. Se comunicaron los resultados a la Gerencia, los pacientes y profesionales implicados con la Unidad Se desarrolló en 3 fases: Enfoque, Despliegue, Evaluación-Difusión de resultados
Resultados obtenidos.
Al ser la primera evaluación de la satisfacción de nuestros pacientes nos informó del tipo de paciente y patología, de la aparición de complicaciones, de la satisfacción con el trato recibido, con el resultado del tratamiento, con la información que recibió, con la claridad de las instrucciones, con las preocupaciones del paciente, con lo molesto ó no de las técnicas, y con cuantos puntos de la Escala de Dolor obtuvieron como respuesta. Se midió con escala Licker de 5 puntos, excepto la Escala de Dolor que era de 0-10. Las respuestas nos permiten conocer las expectativas y los resultados sobre los clientes de nuestra Unidad.
Se vió la necesidad de actuar sobre las expectativas ajustandolas a los resultados clínicos esperados, y sobre las complicaciones habituales de las técnicas invasivas que se emplean
Lecciones aprendidas.
Hemos aprendido a preguntar a nuestros pacientes sobre aspectos asitenciales de nuestra Unidad del Dolor hasta ahora desconocidos.
Hemos asumido que la exploración de la satisfacción de nuestros clientes es fundamental para una asistencia enmarcada en el compromiso con la calidad asistencial. Queremos transmitir que el tratamiento invasivo actual de las Unidades del Dolor pasa por abordar aspectos asistenciales hasta ahora poco explorados, pero que son muy importantes para nuestros pacientes que acuden a nuestra Unidad con expectativas dispares y poco ajustadas a la realidad de los resultados.

C-64

TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN RÉGIMEN DOMICILIARIO BASADO EN EL BINOMIO ENFERMERÍA-CUIDADOR

FERNÁNDEZ AVILÉS, F.; GALLEGO MIRALLES, C. ; HERNANDO VICIOSO, A.; SEGURA LÉRIDA, S.; GÜELL PICAZO, J. Y VALVERDE BOSCH, M..HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA

Palabras Clave: Trasplante, Domiciliario, Hemopatías, Cuidador.

RESUMEN

Contexto de partida.
Programa asistencial en el seno de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) del Instituto de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas (ICMHO) del Hospital Clínic de Barcelona. Disponemos de un médico especialista en Hematología, tres enfermeras y un dispositivo hospitalario para el soporte hemoterápico y la atención de complicaciones.
Descripción del problema/necesidades.
Los pacientes tratados de forma convencional permanecen ingresados durante 3-4 semanas con medidas de aislamiento medioambiental que limitan su calidad de vida. En los últimos años hemos aprendido que este aislamiento es eficaz únicamente en los que reciben trasplantes alogénicos, por lo que en algunos países se han desarrollado programas de trasplante autólogo (TAPH) ambulatorio o domiciliario factibles y seguros para los pacientes. Sin embargo, los reingresos son frecuentes (50%-70%), la visita médica diaria y la carga asistencial elevada.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En nuestro programa hemos añadido dos novedades respecto a las experiencias previas comunicadas: 1.-Aumento de la profilaxis antibiótica durante la neutropenia y 2.- Eliminación de la visita médica diaria, de tal manera que la asistencia directa la realizan las enfermeras y la visita médica se realiza siempre en el hospital y únicamente por complicaciones clínicas relevantes. Asimismo, disponemos de una guía específica de educación sanitaria para el cuidador.
Resultados obtenidos.
Hemos atendido un total de 107 pacientes con 16 (15%) reingresos, ninguno en situación clínica grave. La mediAna de visitas médicas ha sido de 2 (0-5), la estancia mediAna en domicilio de 14 (2-27) días con un ahorro de 1527 días de hospital y una reducción del 50% en el coste por procedimiento respecto al convencional. Con las encuestas de satisfacción de los pacientes y sus cuidadores hemos observado que todos se sintieron seguros y que más del 90% volverían a escoger el programa y lo recomendarían. Sin embargo, un 20% de pacientes/cuidadores expresaron cierto grado de ansiedad al encontrarse sin atención sanitaria directa en momentos de debilidad física o emocional.
Lecciones aprendidas.
Este programa innovador permite mejorar la calidad asistencial y de vida de los pacientes al integrar el tratamiento en su entorno familiar y social, minimizando los reingresos y reduciendo los costes. La visita médica diaria es prescindible con lo que podemos optimizar la carga asistencial directa de los profesionales de nuestro ámbito. Con todo, creemos que las tecnologías de la comunicación (TICs) podrían ser una herramienta útil en este programa para mejorar la seguridad y la calidad asistencial del mismo.

C-65

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA FASE I: GESTIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN.

LÓPEZ GARCÍA,E.*; RODRÍGUEZ MOLINUEVO, A.; UNIBASO BERMEJO, I.; FERNÁNDEZ BLANCO, C.; IBARRA HERNÁNDEZ, K. Y LARREA ARECHABALETA, I..
HOSPITAL DE BASURTO -BILBAO

Palabras Clave: Rehabilitacion Cardiaca, Gestion, Proceso Formacion

RESUMEN

Contexto de partida.
En el año 2.008, el Hospital de Basurto, creó un grupo de trabajo multidisciplinar (Cardiólogos, rehabilitadores, enfermeras, fisioterapeutas..) integrado por profesionales de los Servicios de Cardiología y Rehabilitación.
Descripción del problema/necesidades.
Ante la implantación de una Unidad de Rehabilitación Cardíaca y dado que las competencias de enfermería en este programa son cada vez más relevantes y versátiles, se evidenció la necesidad de formación de los profesionales implicados, a fin de unificar criterios de actuacion dirigidos a la mejora de la asistencia de los pacientes incluidos, para lo cual se elaboró un programa de gestión del conocimiento.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Revisión bibliográfica sobre evidencia científica en programas de rehabilitación cardíaca. Creación de un grupo multidisciplinar para el diseño del plan y realización de reuniones periódicas, según un cronograma prestablecido, para la elaboración de un protocolo de actuación que incluyese a los diferentes niveles asistenciales. Elaboración, despliegue y medición de la efectividad de un plan de gestión del conocimiento.
Resultados obtenidos.
Formación impartida al 100% de las enfermeras de ambos niveles (70 enfermeras). Indice de satisfacción global del plan de formación: 95% Aplicación del protocolo diseñado , según criterios de inclusión , abril del 2.009.
Lecciones aprendidas.
Las Unidades de Rehabilitación Cardíaca y los programas de prevención secundaria , son una herramienta eficaz para la mejora de la calidad de vida del paciente coronario. El programa de prevención y rehabilitación debe iniciarse en la fase de hospitalización asegurando la formación y cualificación de los profesionales implicados como garantía de calidad en el proceso del cuidado del paciente.

C-66

ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN A TERCEROS DEL 061-GALICIA AL AÑO DE SU IMPLANTACIÓN.

GONZÁLEZ-PRIETO, P.; LÓPEZ-ÁLVAREZ, X.; MARTÍN-RODRÍGUEZ MD.; PÉREZ-GONZÁLEZ, J.; CAMPOS-SAMPEDRO, P. Y PENAS-PENAS, M..
Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

Palabras Clave: Gestión en Salud, Facturación, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.
El proceso de facturación normalizado, en su prien la F.P.U.S. de Galicia-061 en junio de 2008. Este proceso define una serie de indicadores cuantitativos para medir su ejecución.
Descripción del problema/necesidades.
Queremos analizar los resultados obtenidos utilizando los indicadores actuales y ver de qué forma podemos proponer mejoras de proceso utilizando dicha información.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se han utilizado métodos propios del ámbito de la Calidad y mejora de procesos para hacer análisis cuantitativo. En concreto se ha empleado el análisis causal, utilizando herramientas como el diagrama de Ishikawa. También el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Paralelamente se han utilizado técnicas de análisis cuantitativo, en forma de minería de datos contra datos históricos de actividad generados por las herramientas informáticas que soportan el proceso.
Resultados obtenidos.
Se han analizado los siguientes indicadores: “Porcentaje de facturación al mes siguiente” y “Porcentaje de devolución”. El primero se mantiene normalmente en el rango 87-97%. El segundo es normalmente inferior al 2%. Analizando los indicadores, se ha podido establecer conclusiones cualitativas y cuantitativas. Hemos identificado la existencia de diferentes problemáticas en función del tipo de cliente (precio público, precio privado). Otras variables que influyen están ligadas a la gestión del personal. Por primera vez se introduce una “gestión científica” en contraposición con “improvisación en la gestión”, desde el momento en que detectamos una dependencia funcional y bidireccional entre efectivos de personal tramitador disponibles y volumen de facturación que se puede manejar. Esta relación se puede utilizar para regular los aspectos de la gestión de personal.
Lecciones aprendidas.
Las formas de relación con determinados tipos de clientes, vigentes ya antes de la implantación del proceso, han llegado al límite de su elasticidad y deben ser actualizadas. Esto se ha hecho visible gracias al análisis causal y la minería de datos. Existe una relación clara entre rendimiento del proceso, indicadores, y gestión de personal. Esto justifica la introducción en el proceso de medidas orientadas a potenciar dicha gestión ejm: formación de personal polivalente y la institucionalización de mecanismos eficaces de rotación de personal. Debemos trabajar en una nueva versión del proceso de facturación, aplicando la mejora continua. Es necesario también revisar los indicadores, buscando mejorar el significado de estos y la monitorización de valores de referencia en concordancia con las dimensiones fundamentales (tipo de cliente).

C-67

ANÁLISIS FUNCIONAL ESTRATIFICADO DE LA ATENCION URGENTE EN EL DEPARTAMENTO 11 DE SALUD

RUIZ LÓPEZ, JL; CUESTA PEREDO, D; QUIROS MORATO, T; ESPINOSA URBINA, R; CATALAN OLIVER, C Y BURDEOS PALAU, E.
Hospital de la Ribera de Alzira

Palabras Clave: Urgencias, Integración, Adecuación, Análisisfuncional, Educación Poblacional

RESUMEN

Contexto de partida.
Continuidad de la atención urgente en el departamento de Salud de Alzira de la Comunidad Valenciana. Participaron la dirección médica asistencial y la dirección de Organización, planificación y calidad del departamento.
Descripción del problema/necesidades.
Algunas características de la atención urgente son: Que su demanda problema/ es no programada, es decir el paciente decide cuando y donde solicitar necesidades la atención. Existe un creciente aumento de la demanda urgente en aproximadamente un 4% anual. Esto genera sobrecarga de atención en las urgencias hospitalarias y un aumento de la demora en la atencion, generándose una inadecuación de la asistencia, ya que se podría haber resuelto gran parte de ellas en otros niveles asistenciales. La existencia de historia clínica electrónica única en todos los puntos de atención urgente del departamento, nos permite realizar un análisis funcional del flujo de pacientes entre los distintos niveles asistenciales, en función del destino de alta de los episodios y la decisión posterior del paciente. Realizamos el análisis de la procedencia de todos los pacientes atendidos en urgencias hospitalarias desde la puesta en marcha del proyecto. OBJETIVO: La adecuación de la atención urgente en el nivel asistencial que corresponda a la gravedad del proceso en función de los recursos disponibles en ese nivel asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Afecto a todos los dispositivos de atencion urgente del departamento mediante un Análisis funcional estratificado de todos los episodios atendidos en Urgencias (primer semestre 2007-2008) y su relación con la procedencia del paciente, buscado optimizar los recursos disponibles y los tiempos de respuesta.
Resultados obtenidos.
Disminución de los pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital sin pasar por la urgencia de atención primaria en 1,07% con respecto al mismo periodo del año 2007. Disminución en un 6,91% de los pacientes que valorados en Atención Primaria y derivados a su domicilio acuden al Hospital.
Lecciones aprendidas.
Mediante la información al usuario y la gestión integrada de la atención urgente en todo el departamento, conseguimos: Adecuar la demanda de atención urgente del paciente, al punto de asistencia a la urgencia (PAC, CSI, Servicio de Urgencias Hospital) mas apropiado en el departamento de salud. Aumentar la confianza del paciente en la diferente oferta asistencial del departamento.

C-68

OBJETIVO: INCREMENTAR LA DETECCIÓN DE PROBLEMÁTICA SOCIAL POR PARTE DE ENFERMERÍA

MARTÍNEZ, C.* ; ESTELLÉS, M. ; GALLARDO, G.; GARCÍA, MªC.; LÓPEZ, L. Y MINGUILLÓN, C..
Hospital Plato

Palabras Clave: Oportunidad de mejora, procedimiento, indicador

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto que presentamos se lleva a cabo en el Hospital Plató, en la unidad de hospitalización y servicio de urgencias del Hospital Plató.Los profesionales implicados son: Enfermería del Área de Hospitalización-Urgencias y Trabajo Social (Unidad de Atención al Cliente).
Descripción del problema/necesidades.
Viendo la evolución de la procedencia de la demanda de otros años: año 2006, 0.9%; año 2007, 2.3% y año 2008, 8.0%, se observa un ligero incremento de la detección y demanda por parte de enfermería. En el 2006 apenas realizaban demanda y durante el 2008 en relación al 2007 hay un incremento del 6%. Nos planteamos como objetivos: incrementar la detección y demanda por parte de enfermería, ya que es el profesional asistencial básico en la detección rápida de la problemática social y sistematizar la detección con una escala de riesgo al ingreso del paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
A raíz de la elaboración de la memoria de Trabajo social año 2008, a principios del 2009, se identificó la oportunidad de mejora. En Marzo de 2009 se creó un equipo de trabajo formado por coordinadora enfermería, coordinador UCI- Urgencias, referentes de enfermería y trabajadoras sociales. Se consensuaron los ítems (paciente vive solo /a y /o paciente no tiene soporte familiar) para facilitar al personal de enfermería la identificación de posibles factores de riesgo social. Se contacta con trabajo social, a través de intranet para realizar demanda. Éste hace la valoración social y da respuesta si hay problemática social, en coordinación con el equipo asistencial. Enfermería utilizó intranet para difundir el inicio del proyecto.
Resultados obtenidos.
Proyecto en fase de ejecución, los resultados se encuentran en fase preliminar. Trabajo social registra la procedencia de la demanda (indicador) para posterior análisis y evaluación del proyecto a finales de 2009.Los resultados preliminares indican un incremento de la demanda por parte de enfermería y la utilización para ello de la intranet. Durante este tiempo de ejecución han surgido nuevas necesidades: los ítems establecidos en un inicio del proyecto tienen que ampliarse.
Lecciones aprendidas.
Es importante tener un conjunto de indicadores de calidad que evalúen los resultados. La monitorización de estos indicadores nos permite identificar oportunidades de mejora. Potenciar la cultura de la calidad y mejora continuada, integrándola en nuestro trabajo diario. Convicción de que siempre se puede hacer mejor nuestro trabajo.

C-71

GESTION INTEGRAL DESDE LOS DIFERENTES NIVELES SANITARIOS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE LAS URGENCIAS EN UNA PROVINCIA

GARCÍA DEL AGUILA, JJ.; ACOSTA FERRER, M.; ANTON MOLINA, F.; ESPEJO GUERRERO, M.P.; FERNÁNDEZ MOYA, G. Y PÉREZ MORENO, JM..
EPES 061 Almería

Palabras Clave: Urgencias. Provincia. Acciones De Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se está realizando en la Delegación de Salud de Almería. Están implicados los Directores Gerentes y responsables de Urgencias del Distrito Sanitario Almería Centro, Distrito Poniente, Área de Gestión Sanitaria Norte, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Empresa Pública Hospital de Poniente y Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 de Almería, lo que representa al 100% de las instituciones sanitarias públicas de Almería.

Descripción del problema/necesidades.
Abordaje integral de los problemas de la atencion a las urgencias y emergencias sanitarias en la provincia de almeria.
Se detectaron diferentes areas de actuacion como revision de los planes de emergencias, implantación y seguimiento de indicadores de calidad, analisis de reclamaciones, uso red de transporte urgente, formación masiva de ciudadanos en rcp basica, fomentar la implantacion de desa en la comunidad, planificacion comun de la formación en urgencias de los profesionales sanitarios, implantacion del codigo ictus.

Desarrollo y soluciones aportadas.
formacion del grupo sanitario provincial de urgencias y soluciones aportadas emergencias con representacion de todos los niveles asistenciales de la sanidad publica de almeria y coordinados por la delegacion provincial de salud.
Reuniones bimestrales con orden del dia previo que incluia aspectos problematicos de la atencion a las urgencias provinciales, con implantacion de acciones de mejora de ambito provincial y posterior seguimiento, asi como la definicion e implantacion de indicadores de calidad comunes. El grupo se reune cada 2 meses y actualmente sigue funcionando.

Resultados obtenidos.
Mejora tangible en varios aspectos. Mayor fluidez en las relaciones interniveles y buena capacidad de respuesta ante la solucion de problemas comunes. Capacidad de trabajo en equipo. Implantacion y seguimiento de indicadores de calidad. Cumplimiento optimo de la exigencia del envio de estatus a la red de transporte urgente de almeria (95%), implantacion del codigo ictus en almeria, formación de equipo docente multidisciplinar (90 docentes) para la enseñanza masiva de rcp a la poblacion, con 2.000 Alumnos formados en 2 jornadas masivas.

Lecciones aprendidas.
Los problemas provinciales en la atencion a las urgencias sanitarias, suele afectar a más de un nivel asistencial.
El abordaje integral de los problemas de las urgencias sanitarias en las provincias, resuelve gran numero de problemas y fomenta el trabajo en equipo y las buenas relaciones inter institucionales, mejorando finalmente la Calidad asistencial de los pacientes. El plan andaluz de urgencias considera importante Implantar este modelo en todas las provincias.

C-72

NUEVOS TIPOS DE VISITA PARA NUEVOS RETOS: OPTIMIZANDO EL TIEMPO DE CONSULTA

RIOS VALLÉS,L; MARGALEF PALLARES,F; ASENSIO VIDAL,M Y DOBLADO LÓPEZ,O.
CAP Cambrils

Palabras Clave: Atención Primaria, Gestión, Agendas, Informes

RESUMEN

Contexto de partida.
En nuestro centro de atención primaria (Cap) cada vez son más las tareas burocráticas que se realizan en las consultas de los médicos de familia (MF) , con la sobrecarga asistencial que ello conlleva, es por ello, que un grupo de profesionales hemos trabajado para diseñar nuevos modelos de agenda que nos permita mejorar la accesibilidad y disminuir nuestra lista de espera

Descripción del problema/necesidades.
conocer la eficacia de la incorporación de nuevos tipos de visita a las problema/ agendas de los MF y su impacto en la accesibilidad a las consultas del necesidades usuario

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se eligen las agendas de 3 MF, con una distribución de cupos similares (porcentajes según edad y sexo) y se crean nuevos tipos de visita. Se definen los tipos de visita y el tiempo necesario para las mismas. Estas visitas incluyen tareas en las que no es necesaria la presencia física del usuario. Tipos de visita: 1.- resultados pruebas complementarias (RE) 2.- control de incapacidad laboral (IT) 3. informes (INF) 4.- revisión medicación crónica (MED) 5.- consulta telefónica (TEF) para seguimiento de tratamientos . Se generan 10 visitas diarias de estas características al final de la agenda. Cada una de las visitas disponen de 4 minutos de tiempo. Solo pueden citar en dichas visitas los profesionales sanitarios. Se definen los circuitos para acceder a las nuevas citas Se evalúa a los 3 meses la lista de espera de dichas agendas en relación a otras 3 agendas en las que no se ha realizado ningún cambio

Resultados obtenidos.
Se realizan 50 consultas semanales en 200 minutos (3,3 horas /semana) frente a los 350 minutos (5,8 horas/ semana) de las agendas no modificadas. En tres meses los 3 MF han pasado de una lista de espera de 4 días de media a tener citas para el mismo día (lista de espera CERO), mientras que las agendas no modificadas tienen 3,8 dias de media. Todas las visitas son utilizadas , desapareciendo el absentismo de las mismas al depender unicamente del profesional. Cada medico dispone de 30 minutos diarios para 5 visitas espontaneas más sin aumentar su tiempo de consulta

Lecciones aprendidas.
Hemos mejorado la accesibilidad de los usuarios al disminuir la lista de espera. Los usuarios están satisfechos por disminuir el numero de visitas al centro. Los profesionales optimizan su tiempo y evitan distorsiones, generándose menos estrés en las mismas.

C-73

ALERTA SANITARIA DE MALTRATO. PROPUESTA DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE MALTRATO DEL SERVICIO PROVINCIAL 061 DE CÁDIZ

MARTÍN ARAUJO, A*. ; MARTÍNEZ FAURE, J. ; DE LA FUENTE RODRÍGUEZ, J. ; MENDOZA CORRO, M. ; PECULO CARRASCO, J. Y LAFLOR CAROT, V. .
EPES. S.P. 061 CÁDIZ

Palabras Clave: Maltrato, Alerta Epidemiologica, Centro Coordinación

RESUMEN

Contexto de partida.
Grupo sobre Maltrato del Servicio Provincial EPES 061 Cádiz y Grupo Provincial sobre Maltrato de la Consejería de Salud, Delegación Provincial de Cádiz
Descripción del problema/necesidades.
Los Centros Coordinadores de Urgencias y emergencias (CCUE) de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias EPES siguen un procedimiento común con las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Malos Tratos del Gobierno Andaluz El Maltrato, identificado en el CCUE o por unidades asistenciales, puede presentarse como múltiples patologías pero solo podemos clasificar como tal las agresiones físicas. Esto impide cuantificar la incidencia real de llamadas relacionadas con Maltrato Las Autoridades Judiciales instan a una notificación precoz desde todos los Centros Sanitarios Otra dificultad es la adaptación a la Ley de Protección de Datos Oficiales para el envío de información a la Delegación de Salud
Desarrollo y soluciones aportadas.
El abordaje similar al de Alerta Epidemiológica (función actual en los Centros Coordinadores) permitiría tener la incidencia real, cumplir la LOPD y la creación de un z multidisciplinar de intervencion en maltrato. abriría una línea de investigación y de colaboración con otros grupos de investigación (proyecto daphne)
criterios para activar la alerta sanitaria de maltrato
1.Información confirmada por Fuerzas de Seguridad 2. Información facilitada o confirmada por sanitarios 3.Paciente conocido. Reincidencia en el maltrato 4.Alta impresión de veracidad en la escucha realizada por el coordinador del CCUE Ofrecería a los profesionales del SSPA un contacto 24 horas con asesoramiento profesional según plan y procedimiento Obtendría un tratamiento de la información más rentable dirigida a otras Instituciones implicadas
Resultados obtenidos.
1.Aceptación por Gerencia y Dirección de Calidad de EPES del proyecto 2.La implicación de los profesionales del Grupo de trabajo de Maltrato de la Delegación Provincial de Salud de Cádiz 3.Diseño de las modificaciones sobre el Proceso asistencial Gestión de la Demanda del Mapa de Procesos de EPES 4.El interés de los profesionales de Consejería de Gobernación (112)
Lecciones aprendidas.
Es un proyecto en curso y nuestros siguientes esfuerzos son el diseño técnico de la alerta “epidemiológica” de maltrato en nuestro Sistema de Información, conseguir el interés de la Secretaría de Salud Pública, Autoridades Judiciales y Fuerzas de Seguridad, consejería de igualdad y bienestar social (instituto andaluz de la mujer) y el diseño conjunto
Entre todos los implicados de un equipo multidisciplinar para el Abordaje de las situaciones objeto de la alerta de maltrato

C-74

¿ESTÁN PREPARADAS LAS SALAS DE FISIOTERAPIA PARA ASUMIR LA DERIVACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA?

MESA RUIZ, AM*; MARTÍNEZ SÁNCHEZ, MI; BARROSO GARCÍA, P; RECHE GALERA, V; PEINADO NIEVAS, MJ Y MORALES GONZÁLEZ, MJ.
Centro de Salud Vélez Rubio. Servicio Andaluz Salud

Palabras Clave: Fisioterapia, Atención Primaria, Calidad Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería por los fisioterapeutas del Dispositivo de Apoyo a la Rehabilitación y Fisioterapia.
Descripción del problema/necesidades.
Se han diseñado pautas de actuación conjunta entre los Equipos Básicos de Atención Primaria (AP) y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación de Andalucía, desde la base de la evidencia científica, con el fin de garantizar una atención efectiva y de calidad a los usuarios de las salas de fisioterapia de AP: comprenden la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías del aparato locomotor muy prevalentes. Mediante estas pautas, dichas patologías podrán derivarse a estos servicios por el médico de familia. El objetivo de este trabajo es el de conocer la actividad asistencial de las salas defisioterapia de AP del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, y valorar su situación ante esta implantación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio observacional descriptivo desde enero a septiembre de 2008. Variables de estudio: actividad asistencial de las salas, tipo de derivación, lista de espera y demora y patologías derivadas. Para variables cuantitativas se utilizó media y para variables cualitativas frecuencias y porcentajes.
Resultados obtenidos.
Se ha atendido a un 27,7% más de la población diANA estimada para todo el año. El 49,54% fueron derivados con modalidad preferente. La media de días de espera, para pacientes preferentes fue de 28,1 días y de 42,4 para pacientes con derivación normal. El 37,8% de las patologías derivadas fueron algias vertebrales para tratamiento individual, conformando el 87,4% del total de patología que no debió ser remitida a AP. El 57,4% de la patología remitida podrá derivarse vía médico de familia si se implantan dichas pautas.
Lecciones aprendidas.
Los resultados reflejan una situación de sobrecarga asistencial entodas las salas del Área por lo que parece complicado implantar las pautas de actuación conjunta actualmente. Debería intervenirse en aspectos de mejora como la organización y comunicación entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas de AP, los sistemas de información, de derivación y de registro, adecuar las derivaciones según los protocolos establecidos potenciando su conocimiento en todas las UGC de AP para que pueda ser implantada con la colaboración de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de atención. La reciente creación de una UGC deRehabilitación y Fisioterapia común en el Área podrá facilitar este proceso.

C-75

APLICACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO (PNT) EN LA ORGANIZACIÓN DE TURNOS DE TRABAJO ALTERNANTES

JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, C; ARIZA CARDIEL, MG; POLENTINOS CASTRO, E*; ABÓN SANTOS, A; BARBA CALDERÓN, M Y GARCÍA BUENO, JA.
Gerencia Área 8 Atención Primaria

Palabras Clave: Turno alternante, Procedimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
La disponibilidad horaria de los Equipos de Atención Primaria (EAPs) (8:00-21:00) y los derechos de los profesionales de conciliación de su vida familiar originan dificultades en la cobertura asistencial de determinados tramos horarios y, como consecuencia, sobrecarga en los compañeros de turno que han de asumir las reducciones de jornada no cubiertas. Por ello, la gerencia del área decide establecer el turno alternante (TA) como posibilidad de organización de los turnos de trabajo. Turno alternante: Variación del turno fijo semanal de un profesional de tarde (TT) o de mañana (TM) por un turno mixto semanal, alternando TT y TM de forma estable en el tiempo.
Descripción del problema/necesidades.
•Asegurar el diseño normalizado de los horarios de trabajo de los problema/ profesionales del EAP, siguiendo criterios de calidad en la introducción necesidades de cambios en los turnos de trabajo al implantar un modelo de TA.
•Favorecer la conciliación de la vida familiar y laboral en los profesionales del turno de tarde.
•Mejorar la accesibilidad y satisfacción del usuario.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Teniendo como referencia las propuestas de proyectos de TA recibidas en la gerencia de tres centros de salud del área, se constituye un grupo de mejora formado por la dirección y subdirecciones asistenciales y por la técnico de salud, con el objeto de elaborar un Proyecto Normalizado de Trabajo. Se programan dos reuniones de trabajo. Se elabora por consenso el procedimiento para la implantación de TA, que recoge consideraciones previas, fases para la implantación e indicadores para seguimiento y evaluación (proceso, resultado y centinela). Se inicia el proyecto con el pilotaje en los tres centros del área que solicitaron estos turnos de trabajo.
Resultados obtenidos.
Pilotaje del 1 de febrero al 1 de septiembre de 2.009. Se ha recibido la notificación expresa (por escrito) de la satisfacción de los profesionales de los tres centro piloto con la nueva organización. No se ha registrado ninguna solicitud de cambio de médico teniendo como causa el turno alternante, ni se ha recibido ninguna reclamación relacionada con su implantación.
Lecciones aprendidas.
El Procedimiento Normalizado de Trabajo en la implantación de los turnos alternantes es una herramienta pertinente para la homogeneización de esta organización de turnos de trabajo, ya sea aplicada a una categoría profesional o al conjunto de los profesionales del centro. El establecimiento de indicadores nos permitirá su seguimiento, evaluación y mejora, procurando la satisfacción de los profesionales sin disminuir la de los usuarios ni alterar la accesibilidad.

C-76

APLICACIÓN DE CICLO DE MEJORA AL DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A FIBROMIÁLGICOS

LÓPEZ-MILLAN INFANTES, JM.; SÁNCHEZ BLANCO, C.; MERAYO ALONSO, LA. Y JIMENEZ DEL RIO, B..
ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Fibromialgia, Multidisciplinar, Dolor crónico, Ciclo Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
Realizado en la Unidad Integral para el Estudio y Tratamiento del Dolor del Hospital Universitario Virgen Macarena. Participan: Reumatólogo, Anestesiólogos, Médico Rehabilitador, Psicólogo y Fisioterapeuta.
Descripción del problema/necesidades.
La fibromialgia es una entidad compleja caracterizada por dolor crónico problema/ difuso del aparato locomotor, junto a síntomas psicológicos y necesidades psiquiátricos. Con prevalencia del 2,7%, constituye un problema socio-sanitario grave, extenso y costoso. Desde la visión integradora de la Unidad de Dolor, decidimos aplicar un programa de atención especializada para valoración multidisciplinar de pacientes con fibromialgia que abordara sus necesidades bio-psico-sociales. El desarrollo e implantación del proyecto se realizó dentro del marco de un ciclo de mejora continua.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Elaboración de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia, unificando criterios tras realizar una revisión sistemática de la evidencia científica disponible. Preselección de los pacientes que cumplían criterios generales de enfermedad. Aplicación del protocolo de diagnóstico para inclusión definitiva. Análisis de pérdidas, dificultades de inclusión, circuito del paciente y calendario de visitas, inconvenientes de los protocolos de tratamiento por parte de los diferentes especialistas y accesibilidad de los pacientes.
Resultados obtenidos.
Al aplicar el protocolo de diagnóstico, se pierden la mayoría de los pacientes preseleccionados en las consultas de Reumatología. La utilización de la presión digital sobre puntos dolorosos en vez de algómetros, la coexistencia con enfermedades del aparato locomotor que impide la realización de un ejercicio físico aeróbico y el tratamiento indiscriminado con psicofármacos, no siempre orientados por especialistas y sin el desarrollo de estrategias psicológicas activas, contribuyen a dificultar el diagnóstico y la valoración de estos pacientes. La adherencia al programa de tratamiento es menor cuando éste es complejo e implica un gran número de visitas. A lo largo de la fase pre-estudio se estimó un 50% de pérdidas por circunstancias personales, familiares, sociales, de empeoramiento sintomático de enfermedades concomitantes y de falta de compromiso con el tratamiento.
Lecciones aprendidas.
La aplicación de un ciclo de mejora continua al desarrollo e implantación de un programa multidisciplinar de diagnóstico y tratamiento de pacientes con fibromialgia constituye una herramienta fundamental y permite que el proyecto elaborado sea más consecuente con la realidad de nuestro ámbito de trabajo, incrementando la viabilidad del mismo.

C-77

PAPEL DEL SERVICIO DE CALIDAD EN LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

CASTRO RUIZ, MJ ; TEJEDOR FERNANDES. M; MIÑARO DEL MORAL, RM; MILLAN CASADO, M; MOHEDANO GÓMEZ, A Y RUIZ GARCÍA, A.
Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

Palabras Clave: Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.

Procedimiento de trabajo elaborado e implantado en el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. De acuerdo a los objetivos establecidos en el complemento al rendimiento profesional, la Dirección Gerencia designó al Servicio de Calidad y Documentación Clínica como responsable de llevar a cabo la verificación de los resultados alcanzados por las Unidades de Gestión Clínicas conforme a lo establecido en los Acuerdos de Gestión Clínica firmados

Descripción del problema/necesidades.

Se parte de la necesidad de llevar a cabo una evaluación de los resultados de las Unidades de Gestión Clínica (UGCs). Entendiendo que son las propias unidades, por el hecho de ser autonómas, las que deben realizar una autoevaluación de sus resultados, el papel del Servicio de Calidad será el de verificar dichos resultados

Desarrollo y soluciones aportadas.

Cada una de las UGCs lleva a cabo la autoevaluación de sus resultados. El Servicio de Sistemas de Información proporcionan a las UGCs los datos de las fuentes de información corporativas Las Unidades recopilan los datos de fuentes de información propias, historias clínicas y documentos acreditativos Se establece contacto con el Director de la Unidad y se concreta cita para llevar a cabo la verificación de manera conjunta. La UGC aporta la documentación que verificará el cumplimiento o no de los objetivos en la “Carpeta de Evidencias” Uno a uno, se analizan los objetivos de cada una de las dimensiones y se van aportando aquellos elementos de valor para la verificación; en algunos casos, certificados, informes, documentos y registros, y en otros la declaración firmada por el Director de la Unidad de la certeza de estos resultados.

Una vez finalizada la sesión de trabajo, el equipo del Servicio de Calidad y Documentación Clínica, realiza el informe correspondiente que y envía a la Dirección Gerencia del Centro

Resultados obtenidos.

Las UGCs del Hospital disponen y aplican un método sistemático de autoevaluación de resultados Se ha sistematizado el envío de información a las UGCs desde el Servicio de Sistemas de Información El Servicio de Calidad y Documentación Clínica dispone de un procedimiento objetivo para la verificación de los resultados de las UGCs

Lecciones aprendidas.

El procedimiento de verificación (Verificar, del latín verificare: 1. tr. Comprobar o examinar la verdad de algo) lejos de ser mencanismo de control, es una herramienta de ayuda a las UGCs y a la Dirección del Hospital en la evaluación y seguimiento de los resultados de los objetivos establecidos en los Acuerdos de Gestión Clínica en Atención Especializada.

C-78

COMISIÓN DE RECURSOS Y ADECUACIÓN DE CIRCUITOS COMO HERRAMIENTA PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE

DOMINGUEZ MORALES, C; JIMENEZ MENDEZ, L; VILAPLANA GARCÍA, A; DEL NOZAL MALDA, M; LÓPEZ RAMÍREZ, E Y PRIETO GUERRERO, M.A.
H.VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Comisión, Recursos, Materiales, Adecuación Circuitos

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Área Hospitalaria Virgen Macarena, básicamente en el departamento de la Subdirección de Calidad. Los profesionales implicados fueron algunos componentes de la Comisión de Circuitos, con la Subdirectora de Calidad a la cabeza y personal de apoyo a la gestión de la Comisión

Descripción del problema/necesidades.

La Comisión se constituyó con una función asesora para la mejora de la calidad en los cuidados prestados. Se identifican los circuitos que no funcionan para corregirlos y se establecen otros nuevos donde hace falta.

Se buscan los mejores materiales y se hace un seguimiento de los mismos en los pilotajes

Desarrollo y soluciones aportadas.

Equipo mulñtidisciplinar Recopilación de datos de la memoria de la Comisión desde que empezó a funcionar. Metodología para la difusión a través de Comisión Central de Calidad y del organigrama del Área Hospitalaria

Resultados obtenidos.

Los resultados son una enorme cantidad de circuitos creados (lencería, peluquería, sillones de obesidad mórbida, entrega de muestras, traslado de pacientes desde san Lázaro, Rx portátil...) así como la incorporación y seguimiento de distintos materiales incorporados (guantes de nitrilo, delantales desechables, termómetros electrónicos...)

Lecciones aprendidas.

La funcionalidad, la viabilidad y los resultados que avalan el funcionamineto de esta Comisión como herramienta de gestión eficiente

C-79

GESTIÓN PARTICIPATIVA. PROYECTO Y DESARROLLO DE UN PLAN DE MEJORA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AGUILERA CABELLO, V.*; ESTEBAN TUDELA, M. ; ALEJANDRE LÁZARO, G.; MORENO GARCÍA, F.; FERNÁNDEZ CONDE, J. A. Y FERNÁNDEZ PAEZ, F..
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO

Palabras Clave: Gestión, participación, mejora, atención primaria,

RESUMEN

Contexto de partida.
El Área de Atención Primaria de Toledo está integrada por 29 Zonas Básicas de Salud, con una población de 419.969 Usuarios y 1.057 profesionales.
Descripción del problema/necesidades.
El Plan de Mejora de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Toledo parte, no sólo de la participación, sino de la descentralización y mayor autogestión de los equipos, con el objetivo de incrementar la satisfacción de los Grupos de interés, mediante la puesta en marcha de medidas para la mejora de servicios, aspectos organizativos, comunicación, imagen y confort.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el II Consejo de Gestión, celebrado en octubre de 2006, asistieron 72 profesionales de los equipos que representaban a la totalidad de nuestros centros (coordinadores médicos, de enfermería y administrativos de las Unidades de Atención al Usuario) y se constituyó un Equipo de Mejora basado en un modelo de participación activa, como órgano o staff técnico de apoyo directo a la GAP para conformar un análisis de situación del Área. Tomando como referencia el Plan de Calidad del SESCAM, se elaboró un cuestionario abierto para que los profesionales de manera individual y anónima, detallaran una serie de propuestas de mejora e iniciativas, para posteriormente llevar a cabo la selección y análisis de ponderación y priorización.
Resultados obtenidos.
El Equipo detalló un total de 613 propuestas, distribuidas en 10 líneas estratégicas: Instalaciones y material con 149 propuestas obtuvo el 24,31%. Información el 18,93% y RRHH el 17,62%. El Trato Personal, 0,98% y Nuevas Tecnologías el 1,80%. Relacionadas directamente con la mejora de Condiciones Laborales para los profesionales el 8,97% y la Práctica Diaria y Formación con el 7,66%. Interrelaciones el 6,36% y Trámites y Citaciones con un 5,71% del total. Siguiendo la metodología de acción se priorizaron, de mayor a menor, 5 líneas orientadas a los usuarios: información, accesibilidad, instalaciones y equipamiento, cartera de servicios y participación comunitaria, y 6 líneas a los profesionales: relación EAP–GAP y relación EAP-Usuarios, descentralización de la gestión, formación, instalaciones y equipamientos e informatización.
Lecciones aprendidas.
Destaca la importancia de establecer unos adecuados canales de comunicación. La implicación de los profesionales los convierte en un elemento activo de la organización y les ofrece la oportunidad de conocer y poner en marcha las acciones que satisfagan sus expectativas reales. El siguiente paso es hacer partícipe al usuario y así actuar en armonía con todos los grupos de interés.

C-80

HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE INCIDENCIAS ENTRE SERVICIOS Y EMPRESAS EXTERNAS EN EL H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA (MALAGA)

BARRANCO PÉREZ, J.J.; MARIN HERNÁNDEZ, F.J. Y MORENO MARTÍN, J..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: proyecto, comunicación, software libre, seguimiento, farmacia

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado por los servicios de Sistemas de Información y Farmacia del H.U. Virgen de la Victoria en colaboración con Fujitsu e iSoft para mejorar el control y seguimiento de las incidencias, tareas y requerimientos relacionados con el proyecto de implantación de X Farma en el servicio de Farmacia del Hospital.
Descripción del problema/necesidades.
Este proyecto surgió por la necesidad de mejorar la comunicación entre los profesionales del Hospital e iSoft y acortar los tiempos de respuesta de las incidencias detectadas en el servicio de Farmacia.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Flyspray es la herramienta de software libre que ha resuelto el problema. Sus principales ventajas son:
- Envío automático de email entre usuarios ante la creación y cambios en incidencias
- Seguimiento de las incidencias por parte de los usuarios pudiendo, además, añadir comentarios
- Accesible desde cualquier navegador web.
- Categorización de incidencias en múltiples niveles (categoría, prioridad, gravedad, estado, tipo...)
- Sistema de control de acceso orientado a usuarios por permisos
- Software libre

Para la implantación se han seguido las siguientes fases:
1.-Análisis de varias herramientas de seguimiento de incidencias (bugtracking). 2.-Selección de una de ellas: Flyspray, herramienta web de fuentes abiertas que se ejecuta sobre un servidor Linux 3.-Puesta en producción y creación de grupos de usuarios y usuarios con distintos permisos para la gestión y seguimientos de las incidencias.
Resultados obtenidos.
La herramienta ha llegado a considerarse la vía más fiable para la gestión de las incidencias, dejando al margen el envío de correos electrónicos y llamadas telefónicas. La comunicación, definitivamente, ha mejorado reduciéndose los tiempos de respuesta y agilizando el trabajo de los servicios.
Lecciones aprendidas.
Internet es la mejor vía y las aplicaciones web las mejores herramientas para la gestión y seguimiento de los trabajos asociados a la puesta en marcha de un proyecto por personal geográficamente distante. En este contexto, existen soluciones de software libre sencillas, fiables y muy recomendables, como Flyspray.

C-81

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

VALERO SÁNCHEZ, FJ; MESA RUIZ, AM*; MARTÍNEZ SÁNCHEZ, MI; PEINADO NIEVAS, MJ Y RECHE GALERA, V.
Centro de Salud Vélez Rubio. Servicio Andaluz Salud

Palabras Clave: Rehabilitación, Fisioterapia, Gestión, Indicadores

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería por los médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y personal auxiliar de la UGC de Rehabilitación y Fisioterapia

Descripción del problema/necesidades.
Los dispositivos de apoyo a la rehabilitación del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería han complementado la oferta de tratamiento rehabilitador a los usuarios de la misma, posibilitando entre otras cosas la realización de fisioterapia ambulatoria en loscentros de salud del Área. Sin embargo, su gestión ha sido diferente a la existente en el Servicio de Rehabilitación del Hospital La Inmaculada, pese a que la principal vía de derivación corresponde a dicho servicio. Con el objetivo de mejorar la equidad y accesibilidad del paciente, así como de asegurar su continuidad asistencial, se estima necesario crear una UGC de Rehabilitación y Fisioterapia que integre las dos dimensiones asistenciales.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se han identificado los puntos fuertes y las necesidades actuales tanto soluciones aportadas del Servicio de Rehabilitación como de las salas de fisioterapia de AP, así como los ámbitos susceptibles de mejora para el año 2009. Se han usado los datos de actividad y la memoria de 2008

Resultados obtenidos.
Se ha unificado la Cartera de Servicios de Fisioterapia (tanto de atención hospitalaria como de AP) manteniendo las características propias de ambas. Se ha estimado un aumento de la presión asistencial y se han identificado los factores que lo han producido. Del total de objetivos planteados, los encaminados a mejorar la calidad asistencial ponderan un 60% (tanto de actividad, como de accesibilidad como de usuarios). Los objetivos que refuerzan las competencias profesionales de los miembros de la UGC ponderan un 10% del total. Más de la mitad de los mismos van a iniciar el proceso de Acreditación de Competencias Profesionales

Lecciones aprendidas.
La integración en una única UGC parece ser positiva, tanto por el intercambio de ideas producido como por los valores aportados desde los distintos niveles asistenciales. Participar en un modelo de gestión conjunto potenciará líneas de actuación establecidas como la participación en proyectos de investigación, desarrollo de planes de salud específicos, gestión por procesos asistenciales integrados, elaboración de revisiones basadas en la evidencia y de protocolos, actualización de las tecnologías o plan de formación continuada y perfeccionamiento profesional. El que la totalidad de médicos rehabilitadores y la mayoría de fisioterapeutas inicien el proceso de acreditación personal es una muestra del compromiso de la UGC por la mejora de la calidad

C-82

INDICADORES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (II)

ENRÍQUEZ MARTÍN N; ARTO SERRANO MA; BIELSA RODRIGO F; VIÑUALES SOTO A; LAMOTE DE GRIGNON ALIFONSO E Y ABAD DÍEZ JM.
DG Planificación y As. Dto Salud y Consumo. Aragón

Palabras Clave: Evaluación procesos y resultados, Gestión clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se desarrolla en el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Participan directivos, técnicos, médicos y enfermeros expertos en cuidados, sistemas de información, planificación y gestión de los Equipos de Atención Primaria.

Descripción del problema/necesidades.
El Real Decreto 137/1984, de estructuras básicas de salud, establece problema/ las bases de la actual Atención Primaria. Nuestro país se plantea dar necesidades un nuevo impulso a esta red asistencial, a través del Proyecto estatal AP21. En Aragón, dicha iniciativa se plasma en “Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón (2008-2011)”, en la actualidad se trabaja en procesos de soporte para la gestión clínica, entre ellos, el desarrollo de un sistema de información apropiado para la gestión de la consulta y la medición de resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En octubre de 2008 se constituye el equipo que basa su trabajo en las directrices nacionales y autonómicas mencionadas, en guías de práctica clínica y en experiencias locales. En abril de 2009 se publica el mapa de indicadores, para las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, anexo a la Orden que regula el Sistema de Información y Evaluación de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón.

Resultados obtenidos.
Del conjunto de indicadores, se presentan aquí los de prevención y calidad del registro:PREVENCIÓN Medida del riesgo cardiovascular (CV) y Tensión Arterial Tabaco: consumo bruto y por patología CV o respiratoria, abandono Personas mayores:Barber, Barthel y Pfeiffer Cribado de cáncer de cérvix y mama Consejos en la infancia y adolescencia: lactancia materna, salud bucodental, tabaquismo pasivo, accidentes, muerte súbita del lactante y métodos anticonceptivos. Lactancia exclusiva hasta los 5 meses. Cribado en la infancia: displasia de cadera, crecimiento y desarrollo físico y psicomotor, criptorquidia, anomalías de la visión y audición, riesgo psicosocial, programa del niño sano en < 2 años Vacunas: primovacunación, DTP, triple vírica, calendario acelerado y antigripal REGISTRO Discordancia entre Datos Generales del Paciente y Diagnóstico (Tabaco, Obesidad, HTA, diabetes, dislipemia, EPOC) Registro de alergias Estado inmunitario (rubéola, tétanos, hepatitis B) Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica en niños, cribado neonatal (metabolopatías, hipoacusia) Negativa del paciente Educación grupal en diabetes

Lecciones aprendidas.
Se trabaja en una aplicación que garantice el acceso a la información Debe supervisarse la validez del conjunto
Hay que extender el proyecto a otros profesionales

C-83

INDICADORES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (I)

ENRÍQUEZ MARTÍN N; ROYO SERRANO M; COSCOLLAR SANTALIESTRA C; GASTÓN BARCOS M; BRUN SOTERAS MC Y LAX CACHO A.
DG Planificación y As. Dto Salud y Consumo. Aragón

Palabras Clave: Evaluación procesos y resultados, Gestión clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se desarrolla en el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Participan directivos, técnicos, médicos y enfermeros expertos en cuidados, sistemas de información, planificación y gestión de los Equipos de Atención Primaria.

Descripción del problema/necesidades.
El Real Decreto 137/1984, de estructuras básicas de salud, establece problema/ las bases de la actual Atención Primaria. Nuestro país se plantea dar necesidades un nuevo impulso a esta red asistencial, a través del Proyecto estatal AP21. En Aragón, dicha iniciativa se plasma en “Estrategias, objetivos y compromisos para la Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón (2008-2011)”, en la actualidad se trabaja en procesos de soporte para la gestión clínica, entre ellos, el desarrollo de un sistema de información apropiado para la gestión de la consulta y la medición de resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En octubre de 2008 se constituye el equipo que basa su trabajo en las directrices nacionales y autonómicas mencionadas, en guías de práctica clínica y en experiencias locales. En abril de 2009 se publica el mapa de indicadores, para las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, anexo a la Orden que regula el Sistema de Información y Evaluación de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón.

Resultados obtenidos.
Del conjunto de indicadores, se presentan los de manejo clínico: Hipertensión: prevalencia, seguimiento (TA, ECG, analítica) y control Dislipemia: prevalencia, seguimiento Diabetes: prevalencia, seguimiento (HbA1C, μalbuminuria, TA, pulsos, fondo de ojo, uso de glucómetro y ejercicio) y control (HB A1C, μalbuminuria, TA y cLDL), uso de metformina Obesidad: prevalencia, consejo sobre dieta y ejercicio, control Prevalencia de fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca Terapia Cardiovascular: uso de Antiagregantes, IECAs-ARA 2, Estatinas, βbloqueantes y acenocumarol EPOC (prevalencia, espirometría y hemograma, corticoides y agonistas inhalados) y Asma infantil(gravedad, pruebas, plan individualizado). Intervención sobre tabaco y uso de inhaladores Hábitos tóxicos y reducción del consumo Atención a Enfermos Crónicos: Barthel, apoyo sociofamiliar, diagnósticos NANDA, consejos sobre tratamientos accesorios, Norton, úlceras por presión, últimas voluntades, seguimiento domiciliario y en consultas de enfermería Manejo de antibióticos en Infección ORL, respiratoria y urinaria Cirugía menor, Fisioterapia, Derivaciones

Lecciones aprendidas.
Se trabaja en una aplicación que garantice el acceso a la información Debe supervisarse la validez del conjunto Hay que extender el proyecto a otros profesionales

C-84

LA EXTERNALIZACIÓN DEL PROCESO DE CODIFICACIÓN CLÍNICA, DISMINUYE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

RÓDENAS CHECA, J.* ; MARTÍNEZ MONTOYA, JA. ; GARCÍA GONZÁLEZ0, AL. ; SANTIAGO GARCÍA, MC. ; GARCÍA GARCÍA, J. Y MORENO VALERO, MA..
H.U. STA Mª DEL ROSELL

Palabras Clave: Codificación-clínica, Externalización, CMBD, GRD, Informe-Alta, Indicadores.

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitario Santa María del Rosell, unidad de codificación clínica, responsables del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Descripción del problema/necesidades.
Medir y Analizar la diferencia de calidad de los principales indicadores del CMBD del año 2006 y del 2007, tras externalizar el proceso de la codificación clínica.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras obtener el CMBD del año 2006 y agrupar en GRDs (Grupos soluciones aportadas Relacionados por el Diagnóstico), se analizaron una serie de indicadores como Media de diagnósticos por alta, Media deprocedimientos, Peso medio de los GRDs de las altas, Índice de casuística o complejidad, presencia de GRDs inespecíficos y el IEMA (Índice de Estancia Media Ajustada por funcionamiento del estándar). Posteriormente se obtuvo el CMBD del año 2007 codificado por una empresa externa, y para contrastar las diferencias, tras agrupar en GRDs, se analizaron de nuevo los mismos indicadores.

Resultados obtenidos.
La Media de diagnósticos disminuyó en un 19,43% en 2007 respecto a 2006, la Media de procedimientos en un 26,99%, doblándose la proporción de altas con ningún procedimiento codificado y aumentando la proporción de altas con un solo procedimiento codificado en 6 puntos porcentuales en 2007. El Peso medio total delos GRDs bajó de 1,4146 en 2006 a 1,2179 en 2007. El Índice de casuística o complejidad de 1,0169 a 0,9586 en 2007. El total de casos de GRDs inespecíficos también han aumentado de 197 (0,97%) en el año 2006 a 625 (2,96%) en 2007. El Indice de Estancia Media Ajustada (IEMA) aunque es un indicador que no está influenciado por los propios codificadores, también ha empeorado en 2007 más de 2 centésimas respecto a 2006. Llama la atención la ausencia de ingresos para quimioterapia en 2007 frente a los 179 del 2006.

Lecciones aprendidas.
La calidad de la codificación clínica claramente ha disminuido, lo que ha hecho que la organización se replantee la recuperación del proceso interno de codificación clínica.
La externalización de la codificación obliga a codificar en todas las ocasiones con tan solo el informe de alta, y por tanto no se puede consultar la historia clínica cuando se necesita. Antes debe implantarse un programa de evaluación y mejora de la calidad del informe de alta y alcanzar un nivel de calidad adecuado del informe de alta. También influye el no poder aclarar dudas con el facultativo responsable del informe de alta.
Es conveniente codificar en una unidad centralizada en el propio hospital, aunque sea más caro es más rentable, y por tanto más eficiente. La información sin una adecuada calidad, mejor que no existiera porque no se utiliza.

C-85

EL CUADRO DE MANDOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA

*RODRÍGUEZ DIEZ,M.; GARCÍA RODRÍGUEZ, P.; FREILE GARCÍA, S.; COSÍO MÉNDEZ, C.; ALONSO GARCÍA CR. Y LARA SANCHEZ, H..
Complejo Asistencial de León

Palabras Clave: Cuadro de mandos

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Complejo Asistencial de León, la dirección de enfermería a través del área de Formación y calidad forma un grupo liderado por la supervisora de calidad y compuesto por los responsables de Calidad de cada Unidad.

Descripción del problema/necesidades.

El problema era hacer llegar la información al mayor número de problema/ profesionales de las evaluaciones que se realizaban para el necesidades seguimiento de los objetivos del Plan Anual de Gestión (PAG).

Se decidió elaborar el Cuadro de Mandos y divulgarlo en reuniones trimestrales con las responsables de calidad para que informaran a los profesionales de sus Unidades.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Formamos un grupo de trabajo compuesto por miembros de la soluciones aportadas Dirección de Enfermería, se difundió el proyecto en distintas sesiones con la supervisoras y responsables de calidad.

El proyecto se elaboró en cuatro fases. Primera fase: Elaboración primer trimestre de 2008. Segunda fase: Presentación de datos en junio de 2008. Tercera fase: Evaluación del impacto mediante encuesta a las/os profesionales en septiembre de 2008. Cuarta fase: Aplicación de la mejora. En el tercer trimestre de 2008

Resultados obtenidos.

La encuesta se envío a 150 profesionales de enfermería aleatoreamente con los siguientes resultados, el 80% conocía el seguimiento de los objetivos, La información sobre los resultados en las distintas unidades fue un elemento motivador en el 78% de los encuestados. La Cumplimentación de los objetivos aumentó favorablemente, consiguiendo un grado de satisfacción del usuario superior al 87%, así como la disminución de las reclamaciones y también de la tasa de infección nosocomial.

Lecciones aprendidas.

Los profesionales bien informados responden y comprenden la demanda de la Institución.

C-86

NUEVOS ASPECTOS EN LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ASISTENCIA SANITARIA

ALFONSO OLIVER LECHUGA; JOSE IGNACIO LANDALUCE; LUIS MUTIO ZALACAIN; YOLANDA OLAIZOLA NOGALES; RESURRECION PÉREZ DE ARENAZA RUIZ DE MUNAIN Y CORO ZABALETA ELOSEGUI .
HOSPITAL DE ZUMARRAGA

Palabras Clave: Coordinación A Primaria- A Especializada

RESUMEN

Contexto de partida.

Con la experiencia del Hospital de Zumárraga en Gestión por Procesos, se establece un equipo de proceso formado por 3 médicos de especialidades del Hospital muy solicitadas, el Jefe de Gestión Clínica y el Director médico y la Adjunta de enfermería de CCEE, así como por los Jefes de las unidades de Atención Primaria y el Director médico de la zona

Descripción del problema/necesidades.

Se pretende establecer unos criterios consensuados de derivación entre niveles de asistencia sanitaria, con organización de sesiones clínicas informativas y formativas con la pretensión de mejorar los circuitos de los pacientes, sus demoras y ganar en confianza y relación entre paciente y médico, con la metodología de la Gestión por Procesos

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizan reuniones mensuales del equipo de proceso y se finaliza el diseño del mismo con la Misión, Mapa de Proceso, identificación de clientes y sus necesidades. Se estudian los problemas existentes y se deciden acciones a realizar con asignación de responsable y plazo de cumplimiento, según una parrilla de priorización. La reunión se concluye con fecha fijada de la próxima. Las acciones emprendidas se divulgan entre las partes implicadas mediante email y comunicación de la Dirección, así como colocación de noticia en Intranet

Resultados obtenidos.

Se han programado y realizado sesiones clínicas sobre problemas específicos que afectan los dos ámbitos de asistencia, se han establecido y divulgado los criterios de derivación entre niveles y se ha actualizado y modernizado la Cartera de Servicios. Las peticiones de TAC craneal para demencia senil y TAC facial para patologías de senos ya pueden ser gestionadas por AP. Todo ello ha conseguido que se mejore en las demoras, en los circuitos y en la confianza de los pacientes con su médico de familia. Asimismo los especialistas gestionan desde sus consultas e informes, la prescripción del principio activo, sin producir interferencias en la relación al Vademécum de AP.

Lecciones aprendidas.

La relación médica entre niveles puede llegar a ser cordial. El paciente/usuario sale altamente favorecido de esta relación. Después de varios años de intentos, la gestión por Procesos ha sido el único método que se ha mostrado eficaz en nuestro Hospital y entorno hospitalario, para la mejoría de un problema patente en la Sanidad Pública

C-87

MODELO DE INTEGRACIÓN ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA Y OTROS ESPECIALISTAS DE AREA EN LA UNIDAD POLIVALENTE DEL HAR DE GUADIX

SOLER CASTILLO, AI; VARGAS RIVAS, JF; DE LA CASA MAGAÑA, MA; REYES FERNÁNDEZ, A; TEJERIZO SÁEZ, MM Y SÁNCHEZ PASTOR, M.
HAR de Guadix

Palabras Clave: MFyC, Urgencias, Unidad Polivalente, Alta Resolución

RESUMEN

Contexto de partida.
HAR Guadix es un modelo sanitario innovador que mejora la accesibilidad, alta resolución (acto único), alternativas a la hospitalización tradicional, cirugía sin ingreso... potenciando la cooperación entre atención primaria y especializada. La Unidad Polivalente (UP) es el elemento diferenciador por la versatilidad de pacientes y la optimización del espacio físico y de los recursos. El Médico de Familia (MF) es referente principal.

Descripción del problema/necesidades.
Los HAR desarrollan una nueva competencia para el MF. El paciente se beneficia de una colaboración multidisciplinar dirigida por MF en ámbito hospitalario, que precisa del reposicionamiento de todas las especialidades.
Objetivos prioritarios: 1Creación de grupos de trabajo interdisciplinares-interniveles para analizar problemas de salud de la comarca 2Elaboración de protocolos, circuitos… entre profesionales para dar solución a los problemas 3Difusión, asegurando su conocimiento y aplicación 4Reevaluación periódica y adaptación a las necesidades del momento

Desarrollo y soluciones aportadas.
El método se basa en trabajo en equipo entre distintos niveles soluciones aportadas asistenciales, categorías y especialidades; el MF, nexo de unión. Grupos en funcionamiento: MF y otros Especialistas de Área del hospital/ Procesos Asistenciales Integrales (PAIs)/ Acreditación del hospital, en la formación MIR de MFyC/ Comisiones Interniveles con AP y con Hospital de referencia/ Grupos entre facultativos y enfermería UUHP/ Comisión Farmacia/ Comisión Seguridad del Paciente/ Comisión Dirección/ Comisión Comarcal para atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género

Resultados obtenidos.
Los logros se basan en la mejor evidencia científica y se adecuan a la comarca.
-Protocolos actuación y circuitos derivación entre MF y otros Especialistas de Área;difundidos por correo electrónico, sesiones clínicas y la intranet del hospital-Protocolos derivación hospital de referencia:manejo Ictus/S.Coronario Agudo-Prescripción Farmacéutica informatizada-Circuito de asistencia urgente a la Mujeres Víctimas de Violencia de Género-Pulsera identificativa para pacientes en urgencias-
Acreditación del hospital en la formación de MIR (octubre2008)

Lecciones aprendidas.
El MF adquiere una nueva dimensión en HAR. La UP es su novedad y la coordinación multidisciplinar su método.
El cambio cultural necesario en los especialistas para la aplicación de este modelo es una realidad.
El análisis de GRDs plantea la necesidad de elaborar estándares propios para los HAR, pues se seleccionan pacientes para su ingreso.
La Acreditación del hospital para la formación MIR se ha conseguido en tiempo récord. Somos el primer HAR acreditado.

C-88

LA UNIDAD DE CALIDAD COMO APOYO EN LA GESTIÓN DE LOS ACUERDOS DE OBJETIVOS DE LAS UNIDADES ESTÁNDAR DE NUESTRO HOSPITAL

MIÑARRO DEL MORAL, R.M.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; CASTRO RUIZ, M.J. Y MILLAN CASADO, M..
Unidad de Calidad. Hospital Universitario Reina Sofía

Palabras Clave: Dirección por objetivos

RESUMEN

Contexto de partida.
Se describe el trabajo de la Unidad de Calidad en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba como apoyo en la Gestión de Acuerdos de Objetivos para 2009 de las Unidades que no siguen el modelo de Unidades de Gestión Clínica.

Descripción del problema/necesidades.
Inicialmente, el HURS contaba con 65 Unidades Estándar (No UGC) problema/ para las cuales había que elaborar el Acuerdo de Objetivos para 2009. necesidades

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se distinguen varias fases en el proceso de gestión de los acuerdos soluciones aportadas para estas Unidades:
- elaboración del modelo genérico de acuerdo;
- elaboración a partir del modelo de la propuesta de objetivos específica para cada Unidad, en la que la Gerencia concreta parte de los objetivos;
- incorporación de las modificaciones aprobadas por la Gerencia de las planteadas por las Direcciones Médica y de Enfermería, tras la revisión de la propuesta con las Unidades; -preparación de documentos para la firma y remisión del documento final a la Dirección de Personal, para su distribución entre los profesionales de cada Unidad;
- volcado de los objetivos definitivos en la aplicación remitida por Servicios Centrales.

Resultados obtenidos Siguiendo las indicaciones de la Gerencia, la Unidad de Calidad ha dado apoyo en el proceso de gestión de los Acuerdos si bien la participación en las distintas fases ha sido variable. Ha dado soporte a:
- la elaboración del modelo de acuerdo;
- la elaboración y revisión de documentos de propuesta de objetivos para 47 Unidades de las 65 iniciales;
- el volcado de la totalidad de objetivos (n=750) de las 63 unidades estándar en las que quedó estructurado el HURS.

Lecciones aprendidas.
Se ha homogeneizado la elaboración de los acuerdos y se ha mejorado el flujo de información en el proceso. No obstante existen áreas de mejora relativas a los circuitos documentales y de información.

C-89

CREACIÓN DE UN GRUPO DE MEJORA SOBRE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PARITORIO DEL H. INFANTA ELENA

MINCHÓN HERNANDO, ANTONIO; PRIETO SANTANA, MANUEL; GUTIERREZ GONZÁLEZ, MARGARITA MARÍA; MANZANO SOLÍS, ANTONIO Y GÓMEZ, ANA.
HOSPITAL INFANTA ELENA, SAS, HUELVA

Palabras clave: Registros, Enfermería, Mejora, Paritorio, Matronas

Resumen

Contexto de partida.
Hospital infanta elena. Unidad de paritorio, dirección de enfermería y supervisión de calidad asistencial. Varios profesionales de la unidad de paritorio (matronas yauxiliares), la supervisora de calidad y un ginecólogo.

Descripción del problema/necesidades.
Actuación sobre los registros de enfermería de paritorio y fomento del trabajo científico conjunto en la unidad.
Consecuencias: mayor seguridad por la creación de un algoritmo de atención urgente en la consulta de urgencias de paritorio y por la creación de una nueva historia clínica. Las causas se analizaron a través de un trabajo de valoración y diagnóstico de problemas hecho por el grupo de mejora. Sesiones comunes de trabajo.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Constitución del grupo y creación de comisiones de trabajo por áreas. Sobre todo matronas y auxiliares de enfermería. Se informó del funcionamiento del grupo a pediatras, anestesistas y obstetras, así como a la enfermería de maternidad.
Fases: 1. Constitución. 2. Valoración de los registros. 3 Diagnóstico de problemas.
4 Planificación de objetivos y actividades. 5 Ejecución. 6 Evaluación.

Resultados obtenidos.
Efectos: creación de algoritmo de urgencias; nueva historia clínica, que incorpora la metodología enfermera y el uso del partograma de la oms; instauración de una dinámica de trabajo conjunto eficaz.

Lecciones aprendidas.
Son necesarios marcos formales de trabajo para que las iniciativas de innovación y mejora de los profesionales puedan ser discutidas, mejoradas e implantadas. El grupo de mejora es una buena herramienta en este sentido.
Para otra ocasión seria bueno delimitar bien el funcionamiento del grupo y mejorar la comunicación interna.
El grupo de mejora favorece el trabajo científico conjunto de enfermería y la innovación y mejora de la asistencia sanitaria.

C-90

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y CIRUGÍA GENERAL,UNA ALIANZA NECESARIA Y DE EXCELENCIA

Mª DOLORES DE DAMBORENEA GONZÁLEZ; ALBERTO COLINA ALONSO Y MIGUEL ANGEL ULACIA BEGUISTAIN.
Hospital de Cruces

Palabras Clave: Hospitalizacion a Domicilio, Cirugia, Alianza

RESUMEN

Contexto de partida.
Los Servicios de Hospitalización a Domicilio y Cirugía General del Hospital de Cruces, plantearon una alianza de trabajo para evitar los problemas de"interfaces"entre procesos asistenciales.

Descripción del problema/necesidades.
En el Hospital de Cruces,la mejora de la calidad en la continuidad de cuidados,la estancia media de cirugía,las"camas ectopicas" y la necesidad de implementar nuevas Cartera de Servicios, obligaron a plantear alianzas entre Servicios.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El liderazgo compartido de Hospitalización a Domicilio y Cirugía pusieron en marcha las alianzas entre los dos Servicios,facilitando una comunicación fluida,rápida y favorecedora de las relaciones personales. Se inicia con pacientes quirúrgicos de CMA,corta estancia y de intensidad quirúrgica moderada. Paulatinamente se va incrementando el ámbito con pacientes de cirugía complicada y trasplante hepatico

Resultados obtenidos.
La satisfacción de los pacientes se evalua cada dos años y los resultados obtenidos (B+MB)en Trato,Información,Tipo de asistencia,Resolución de problemas y Satisfacción global siempre han sido superiores al 90%. La estancia media de Cirugía incluyendo el trasplante hepatico es de 5,25 días,han desaparecido hace años las camas ectópicas, habiendose tratado en domicilio más de 6000 pacientes en los últimos diez años. El 1% de los pacientes de cirugía no complicada reingresaron en el hospital por abceso u otras patologías de nueva aparición.De los pacientes con patología quirúrgica compleja el reingreso fue del 10% regresando a Hospitalización a Domicilio el 50% En el último año se ha iniciado otra vía clinica de colaboración en la Diverticulitis de Colon no complicada,derivandose desde el Servicio de Urgencias tras la valoración de Cirugía al domicilio para cumplimentar el tratamiento antibiótico IV y posterior control en la Consulta Externa de Cirugía.

Lecciones aprendidas.
Un buen Liderazgo compartido y sostenido es clave para mantener y mejorar las alianzas entre procesos. Las alianzas facilitan la resolución de problemas en las interfaces de los procesos. Hay que estimular el tratamiento,seguimiento y continuidad de cuidados en el domicilio ante la limitación de recursos sanitarios y el envejecimiento de la población,siempre que cuidemos la calidad y seguridad de nuestros ciudadanos. Las nuevas TIC,s ayudan al contol de los pacientes domiciliarios. Ha servido para estimular la consecución de objetivos paralelos: Iso 9000-2000

C-91

GESTIÓN POR PROCESOS EN UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

MOHEDANO GÓMEZ, A.; MIÑARRO DEL ROSAL, R.; MILLAN CASADO, M.; TEJEDOR FERNÁNDEZ,
M.; SIMON TORRES, A. Y FIGUEROA LEON, M..
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Palabras Clave: Archivo, Historias Clínicas, Gestión, Procesos, Procedimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se está llevando a cabo en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, en concreto en la Unidad de Archivo del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. De un total de 25 personas que componen la unidad se han implicado un total de 17 profesionales.

Descripción del problema/necesidades.
Dada la gran diversidad de tareas que se realizan en el archivo de historias clínicas y la alta rotación en el personal asignado a este servicio, surge la necesidad de explicitar y aunar los criterios para realizar las tareas operativas de modo sistematizado.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un análisis de la situación de partida, con la definición de un mapa de actividades de los procesos prioritarios identificados en el archivo y se designaron responsables de la elaboración de cada uno de los procedimientos. Con ello se ha alcanzado una homogeneización en la realización de las tareas según criterios establecidos en el servicio. Se elaboró un cuadro de mando y se definieron los indicadores de interés para la monitorización del funcionamiento del archivo.

Resultados obtenidos.
Tener definido el adecuado funcionamiento del servicio a través de los distintos procesos, de una forma sencilla y clara.
Disminuir la variabilidad en la práctica de las tareas cotidianas, con una mejor atención a los clientes.

Lecciones aprendidas.
La gestión de los procesos prioritarios y el desarrollo de los procedimientos de cada uno se han demostrado como un excelente sistema de mejora de la calidad, así como para la implicación del equipo humano en la mejora del servicio. Disponer del cuadro de mando de actualización diaria, permite en todo momento controlar la actividad realizada en el servicio y poder detectar posibles desviaciones que requieran intervención.

C-92

UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA. CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTROSIS DE RODILLA (CMOA). RESULTADOS TRES PRIMEROS AÑOS

Manuel Romero Jurado; Pedro González de la Flor; Ruth Carmona Vigo y José María Jover Casas.
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: Artrosis De Rodilla, Consulta Monográfica, Viscosuplementación

RESUMEN

Contexto de partida.
Consulta monográfica de artrosis de rodilla (CMOA) adjunta a la Sección de Reumatología del “Complejo Hospitalario” de Jaén.

Descripción del problema/necesidades.
Según el estudio EPISER el 10,2% de la población adulta problema/ presenta artrosis sintomática de rodilla, siendo la causa más común necesidades de incapacidad en personas de edad avanzada. En un intento de
prestar una asistencia de calidad, reducir los elevados gastos y optimizar los recursos disponibles, se puso en marcha hace tres años en nuestro hospital, un nuevo modelo de consulta monográfica de artrosis de rodilla. Nuestros objetivos fueron los siguientes: realizar un abordaje integral y de acto único al paciente con artrosis de rodilla; ofrecer un tratamiento de calidad, basado en las guías de práctica clínica publicadas sobre esta patología; reducir los gastos derivados del uso incorrecto de pruebas diagnósticas, tratamientos médicos y sobre indicación de prótesis de rodilla.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Actividad: consulta de acto único en jornada de mañAna una vez por semana. Población de referencia: la adscrita a nuestro hospital: 292.630. Enfermos: 15 pacientes por cada día de consulta, diagnosticados de artrosis de rodilla OA y procedentes de atención primaria y traumatología según criterios de derivación establecidos. Los enfermos derivados aportan breve historia clínica, Rx de rodillas en carga y analítica básica. se realiza de forma individualizada un abordaje integral de cada paciente y atendiendo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Resultados obtenidos.
Número total de pacientes tratados 1.291. El 74,36% mujeres. Se han realizado 1.025 infiltraciones, 503 artrocentesis y 703 vicosuplementaciones. Derivación a traumatología para prótesica el 7% y el 93% restante se derivó a su domicilio para seguimiento por AP. En relación a los efectos alcanzados, el número de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla disminuyó un 47,42% y se alcanzó una disminución del gasto sólo en 2008 de un 54,55% respecto al de 2006, lo que supuso sólo en 2008 un ahorro de 591.448 Euros.

Lecciones aprendidas.
Durante los 3 primeros años, siguiendo los protocolos clínicos establecidos hemos conseguido derivar para sustitución protésica sólo al 7%. Durante los 3 primeros años la lista de espera para sustitución protésica se haya reducido casi a la mitad, obteniéndose un ahorro en prótesis de rodilla, sólo en el año 2008, de casi 600.000 Euros. Al mismo tiempo hemos realizado una buena medicina basada en la evidencia. Por tanto, podemos considerar este modelo efectivo, eficaz y eficiente.

C-93

DEFICIENCIAS DE LOS ANÁLISIS DE ÁREA PEQUEÑA BASADOS EN TASAS PARA MODIFICAR LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ORL

SÁNCHEZ GÓMEZ S.; MINGO FERNÁNDEZ E.; HERRERO SALADO T.; BERROCAL POSTIGO E.; CEBALLOS CAUTO M. y SANTOS ACOSTA P..
Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras Clave: Variabilidad, Práctica Clínica, Análisis Área Pequeña

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó por el grupo de investigación de variabilidad de la práctica clínica en Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.
Descripción del problema/necesidades.
Problema/ la variabilidad de la práctica clínica es un problema persistente de gestión clínica y de calidad asistencial, a pesar de las numerosas y reiteradas actuaciones sanitarias y de medicina basada en la evidencia para reducirla. La amigdalectomía y la adenoidectomía lideran los procesos quirúrgicos de mayor variabilidad en la práctica clínica, por lo que se consideró pertinente analizar las deficiencias de la metodología de estudio de la variabilidad geográfica de la práctica clínica basados en análisis de área pequeña sobre tasas poblacionales. Se pretendían identificar factores de generación de la variabilidad orl sobre los que se pudieran implementar actuaciones de gestión.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto constaba de 2 fases previas de trabajo de campo, 1 fase de análisis de los resultados y 1 fase de propuesta de una nueva metodología de actuación sobre 6 patrones descritos de práctica clínica sobre los que se podrían aplicar medidas tangibles de gestión: la primera fase previa consistió en la aplicación de los indicadores clásicos de medida de la variabilidad geográfica (razón de tasas estandarizadas, razón extrema entre distintos percentiles, coeficientes de variación, etc.) Sobre la producción quirúrgica desagregada de adenoidectomía, adenoamigdalectomía y amigdalectomía en andalucía sobre una ventANA temporal de 10 años (1997 2006). La segunda fase previa consistió en la realización de una investigación cualitativa multimétodo (encuesta universal + entrevista sobre muestra) sobre los mir y especialistas de orl de andalucía (target de 325 profesinales) contestación para el conocimiento del manejo clínico de los procesos (ignorancia, incertidumbre), expectativas, características personales y profesionales, etc. Para elaborar patrones de práctica clínica
Resultados obtenidos.
Se detectaron relevantes defectos metodológicos en la construcción de las tasas cuando se utilizan ventanas temporales amplias (10 años aquí). Los indicadores clásicos de análisis de área pequeña dibujan fotos estáticas de una anualidad y sufren cambios drásticos en el tiempo para los hospitales, de tal manera que incapacitan a los gestores clínicos orl de adoptar medidas reductoras de la variabilidad
Lecciones aprendidas.
Los 6 patrones de práctica clínica orl identificados son robustos y fiables y permiten la aplicación de medidas de gestión clínica basadas en la gestión por competencias para poder aplicar gestión por procesos

C-94

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE REHABILITACIÓN Y APARATO LOCOMOTOR (UGC-AL): UNA NUEVA PROPUESTA DE GESTIÓN.

LUNA CABRERA, F.; RUIZ RUIZ, M. A.; PASTRANA JIMÉNEZ, A.M.; RUIZ SÁNCHEZ, F.; JUSTICIA RULL, E. Y CARICOL PÉREZ, P..
Hospital Infanta Margarita

Palabras Clave: Calidad, Eficiencia, Seguridad, Gestión, Locomotor

RESUMEN

Contexto de partida.
En la UGC de Aparato Locomotor del HIM, compuesta por 20 profesionales que integran tres especialidades (MF y Rehabilitación, Reumatología y COT) relacionadas con la patología del aparato locomotor.
Descripción del problema/necesidades.
Dar respuesta a las necesidades de la población del área sanitaria siguiendo el modelo de excelencia de calidad, incorporando nuevas herramientas de gestión en la práctica clínica al constituir la UGC de Aparato Locomotor. Facilitar y simplificar el acceso de los ciudadanos a través de una única puerta de entrada para su atención sanitaria en dicha patología. Mediante la evaluación de los estándares y criterios de calidad de los PAI's correspondientes al aparato locomotor.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se constituye la UGC en 2006 y se realiza el acuerdo de gestión con 28 objetivos, en el que se abordan entre otras las dimensiones de Accesibilidad, Normas de calidad de PAI's, Orientación al ciudadano, Continuidad asistencial y Variabilidad clínica. Su difusión y monitorización se realiza en sesiones mensuales con los profesionales que integran la unidad, realizando análisis de indicadores y desarrollo de áreas de mejora. La monitorización del mismo se realiza de forma permanente y continua con evaluaciones anuales de los objetivos.
Resultados obtenidos.
La UGC de Aparato Locomotor se constituye como "única puerta de entrada" al sistema de todos los pacientes con patología no quirúrgica del aparato locomotor, mejorando accesibilidad, aumentando actividad clínica, disminuyendo demoras, facilitando la continuidad asistencial para mejorar la calidad y seguridad del paciente, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. La consecución de objetivos marcados en contrato de gestión alcanzó en 2007 el 91, 2% y en 2008 el 100%. Anualmente se incorporan nuevas líneas estratégicas. Hemos elaborado un plan de mejora para la incorporación de un programa de Rehabilitación Cardiaca en el contexto del PIAC (Plan Integral Atención a Cardiopatías).
Lecciones aprendidas.
La creación de la UGC y el acuerdo de gestión clínica fomentan la mejora de la calidad asistencial , facilitando la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario y ha disminuido la variabilidad clínica. Tener presente las necesidades de la población a través encuesta de satisfacción validada y grupos de participación ciudadana. La gestión clínica es una herramienta muy potente que permite adecuar el conocimiento científico en relación con los recursos disponibles para una mejor atención de los pacientes y genera ambiente de trabajo entre distintas categorías profesionales muy adecuado en asistencia sanitaria.

C-95

GUÍAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN AL MALTRATO DE GÉNERO, DEL MENOR Y DEL ANCIANO EN EL SERVICIO PROVINCIAL 061 DE CÁDIZ

MARTÍN ARAUJO, A.*; MARTÍNEZ FAURE, J.; DE LA FUENTE RODRÍGUEZ, J. ; MENDOZA CORRO, M. ; PECULO CARRASCO, J. Y LAFLOR CAROT, V. .
EPES. S.P. 061 Cádiz

Palabras Clave: Maltrato, Guías Clínicas, Centro Coordinación

RESUMEN

Contexto de partida.
Grupo sobre Maltrato del Servicio Provincial EPES 061 Cádiz y Grupo Provincial sobre Maltrato de la Consejería de Salud, Delegación Provincial de Cádiz
Descripción del problema/necesidades.
Analizamos el tratamiento del Maltrato en nuestro entorno de trabajo en 2004 y sugerimos posibles mejoras: Un procedimiento 061 común para todas las provincias Idoneidad de la declaración a Autoridad Judicial Formación sobre Maltrato
Desarrollo y soluciones aportadas.
Implantación en 2004 por EPES del Procedimiento General 20, en los CCUE andaluces, basado en las Guías sobre Maltrato y Agresión Sexual de género, niño o anciano, elaboradas en el S.P. 061 Cádiz, según recomendaciones del Grupo de Trabajo de Malos Tratos del Gobierno Andaluz presentadas en las reuniones del Grupo de la Delegación Provincial de Cádiz EPES modificó el Proceso Gestión de la Demanda y los Planes de Actuación asociados al Tipo de Demanda Maltrato que reconoce nuestro Sistema de Información
Resultados obtenidos.
1.Un procedimiento 061 común para todos los CCUE: Algoritmo de decisiones según severidad y riesgo vital Cuestionario de datos y consejos sanitarios (conservar pruebas) Asesoramiento a profesionales (clínico, legal, criterios de riesgo) 2.Una coordinación más eficaz entre instituciones implicadas, a través del 112 Este procedimiento y futuras mejoras forman parte de actividades formativas sobre Coordinación Sanitaria Dificulta el registro de Maltrato su identificación en el CCUE ya que se presenta como múltiples patologías pero solo podemos clasificar como maltrato las agresiones físicas En 2005 se realizó un estudio descriptivo en el que al menos el 17,0% del total de demandas relacionadas con maltrato no llevaban código específico y quedaban excluidas del procedimiento Percibimos mayor exigencia de las Autoridades Judiciales para una notificación precoz que usualmente se hace a través del parte de lesiones y en general no se declaran las situaciones que no lo lleven asociado Desaprovechamos el registro de reincidencia que podría modificar el tratamiento legal del delito Otra dificultad es la adaptación a la Ley de Protección de Datos Oficiales para el envío de información a la Delegación de Salud
Lecciones aprendidas.
El abordaje de estas situaciones similar al de una Alerta Epidemiológica (función actual en los Centros Coordinadores) posibilitaría ver la incidencia real de llamadas relacionadas con Maltrato, cumplir la LOPD y la creación de un GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE INTERVENCION EN MALTRATO. Abriría una Línea de investigación y de colaboración con otros grupos de trabajo que realizan esfuerzos experimentales (Proyecto Daphne)

C-96

PROYECTO E-LEARNING: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A PROGRAMAS FORMATIVOS. IMPLANTACIÓN DE UNA PLATAFORMA EN LÍNEA

MARTINEZ MUÑOZ, MONTSERRAT; LARA FERNÁNDEZ, ROSARIO; DE HARO POYO, ANDREU; CORTÉS BORRA, ALBERT; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, JOSEFINA Y ARTIGAS LAGE, MONTSERRAT.
Unidad de Formación Docencia y Desarrollo de Enfermería

Palabras Clave: Formación, E-Learning, Tic, Implantación, Ciudadano, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
Las necesidades formativas en un Hospital de tercer nivel han ido evolucionando e incrementándose exponencialmente en esta última época, en parte por los grandes avances en las tecnologías sanitarias, la especialización de la profesión, así como la implantación de elementos de gestión como la carrera profesional y dirección por objetivos. Delante de esta situación, nos vemos en la necesidad de buscar estrategias formativas que puedan ofrecer acceso a la formación continua y la mejora competencial de los profesionales
Descripción del problema/necesidades.
Mejorar la accesibilidad a los programas formativos mediante la problema/ utilización de las TIC, en la Implantación de una plataforma formativa necesidades en un Hospital de tercer nivel
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un estudio retrospectivo de la evolución en demandas formativas 2006-2008, a continuación se decidió por la plataforma Dokeos mediante un estudio comparativo del mercado actual. Se procedió a la preparación de la plataforma a nuestro entorno formativo, traducción y customización. Se realizo el diseño edición de los cursos formativos en entorno virtuales. Se estableció la estrategia de implantación con el pilotaje de un programa formativo para controlar así posibles elementos técnicos o metodológicos en una fase controlada
Resultados obtenidos.
Presentación de la plataforma, pilotaje de programa formativo, numero de usuarios conectados, elementos de mejora detectados. Evaluación mediante encuestas de opinión del curso y entorno
Lecciones aprendidas.
Aprovechar las ventajas que nos ofrecen las TIC nos ha permito poder abarcar y orientar la mejora de la información i el conocimiento cumpliendo así nuestra misión de ofrecer un alto grado de profesionalidad al servicio del ciudadano

C-97

GESTIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL (SUH) MEDIANTE UN CUADRO DE MANDO ASISTENCIAL ESPECÍFICO

MONTERO PÉREZ, F. J.*; JIMENEZ MURILLO, L. Y CALDERON DE LA BARCA GAZQUEZ, J.M..
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA DE CORDOBA

Palabras Clave: Cuadro de Mando, Gestión, Urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario urbano, con 125.000 asistencias anuales, por Facultativos de Urgencias y Técnicos informáticos.

Descripción del problema/necesidades.
Analizar la actividad asistencial de un Servicio de urgencias, mediante el diseño y selección de una serie de indicadores de actividad sobre: el proceso de clasificación de pacientes o triaje, actividad asistencial general, actividad y tiempos asistenciales en las áreas del consultas y de Observación, así como tasa de codificación diagnóstica, tasa de mortalidad, actividad de los facultativos, tasa de retorno en 72 horas, entre otros.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto constaba de las siguientes fases:
1. Diseño y selección de indicadores
2. Valoración de medición de los mismos en la Aplicación informática DIRAYA-URGENCIAS, concretamente en su Módulo de Tratamiento de la información (MTI-URGENCIAS v4.1.01)
3. Validación de los indicadores seleccionados y corrección de errores
4. Análisis de todos los indicadores incluidos relativos a un periodo de 1 año
5. Valoración de resultados y actuaciones correctoras o de mejora de la calidad asistencial Finalmente, el Cuadro de Mandos asistencial resultante fue implementado a la Aplicación MTI-PRODUCCION para su explotación por los Servicios de Urgencias de todos los Hospitales del Sistema de Salud Público Andaluz (SAS).

Resultados obtenidos.
El proyecto permitió detectar el grado de complejidad de los pacientes asistidos, la adecuación de los tiempos de clasificación, de los tiempos de respuesta asistenciales, de los picos de demanda y la carga de trabajo de cada una de las ubicaciones de que consta el SUH.

Lecciones aprendidas.
El conocimiento de la actividad asistencial de un SUH, con sus picos de flujo semanal, diario y horario permitiría adecuar los recursos humanos a dichos picos asistenciales. El conocimiento de los tiempos de clasificación y cómo y cuándo se desvían del estándar permite promover opciones puntuales de mejora (formación del personal o ampliación de los puestos de triaje). Igualmente, el conocimiento de los distintos tiempos asistenciales de que consta todo el proceso asistencial al paciente en Urgencias permite detectar en qué momento se producen desviaciones del estándar y sin son debidas a factores propios del SUH o ajenos a él (por ejemplo falta de camas de hospitalización). Finalmente, el conocimiento de otros aspectos como la actividad asistencial de cada profesional, la tasa de retorno o revisitas en 72 horas, la tasa de codificación y de mortalidad mejorarán la calidad asistencial prestada en los SUH.

C-98

APLICACIÓN DE UN CUADRO DE INDICADORES DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EN UN ÁREA SOCIOSANITARIA

GABRIEL DE FEBRER; MANUELA BONILLO; SILVIA JARA; PILAR GARCÍA; IGNASI FERRER Y GEMMA RAMOS.
gdefebrer@grupsagessa.com

Palabras Clave: Cuadro de Indicadores de Calidad Sociosanitaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El Área sociosanitaria del hospital Universitari de Sant Joan está formada por: unidad de convalecencia de 32 camas, unidad de cuidados paliativos de 10 camas y UFISS geriátrica de valoración hospitalaria. Atendemos 518 pacientes/año, con una edad media de 76 años. El área es un importante sistema de drenaje de los pacientes geriatricos ingresados en el Hospital de Agudos.
Justificación: Para mejorar se necesita tener información de la efectividad y resultados de los programas llevados a cabo.

Descripción del problema/necesidades.
Faltaba la herramienta que contuviera aquellos indicadores de calidad que permitiera valorar la correcta asistencia a nuestros pacientes. También debería monitorizar el cumplimiento de los objetivos propuestos. (Objetivos de Catsalut, de la Dirección del centro y del propio Área).

Desarrollo y soluciones aportadas.
En el DAFO/2004 se valoró la creación de este cuadro de mando y en soluciones aportadas los sucesivos años se fue mejorando para cumplir las siguientes áreas de valoración:
Riesgos prevenibles: lesiones por presión, caídas, infecciones, errores de medicación, pacientes con delirium, incontinencias.
Relacionados con la atención a la persona: mejora funcional, contenciones físicas, dolor.
Acontecimientos centinela: fugas, suicidio, y agresiones.
Indicadores de actividad y flujo: derivaciones, recursos a la alta en convalecencia, mortalidad y estancia media.
Indicadores de opinión de los usuarios: Reclamaciones y respuesta de la reclamación.
Se han ido describiendo cada uno de los diferentes indicadores y su cálculo. Los límites o estándares se han definido por los objetivos CatSalut, por los datos expuestos en la literatura y por nuestra propia experiencia.
Una dificultad importante para calcular los indicadores han sido las fuentes. Se ha utilizado registros específicos, revisiones de historias clínicas y estudios transversales.

Resultados obtenidos.
El centro dispone de un cuadro de indicadores de calidad para poder contribuir a la mejora de la atención. La periodicidad de recogida de datos y análisis ha sido de tres meses. El principal problema son las fuentes de datos. Los resultados son notificados periódicamente, a través de Intranet.

Lecciones aprendidas.
Es una herramienta útil para monitorizar la calidad de la asistencia del enfermo Permite hacer un seguimiento y logro de los objetivos marcados Ayuda en el proceso de toma de decisiones Sirve para hacer comparaciones con el desarrollo propio y con otras organizaciones.
Y así, hacer un análisis de tendencias y propuestas de mejora efectuadas en función del análisis de resultados.

C-99

DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE INCLUIDO EN VÍAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS

WALLMANN R; ACÓN ROYO MD; RODRÍGUEZ CUNDÍN P; GONZÁLEZ MARTÍNEZ O; FERNÁNDEZ NÚÑEZ ML Y FARIÑAS ÁLVAREZ C.
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Satisfacción Pacientes, Vías Clínicas, Mejora Continua

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde el año 2000 al 2006 se implantaron en el Hospital SierrallAna de Cantabria siete vías clínicas (VC) quirúrgicas siguiendo un abordaje multidisciplinar con participación de profesionales de los Servicios Quirúrgicos, enfermería, farmacia, calidad y dirección.

Descripción del problema/necesidades.
En el año 2007 se unificó, como consecuencia de la 3ª autoevaluación EFQM, la encuesta de satisfacción de las VC y la de hospitalización (adaptación SERVHQUOS), para poder medir y comparar el grado de satisfacción del paciente y detectar áreas de mejora en los proceso correspondientes.

Desarrollo y soluciones aportadas.
A lo largo del año 2008 a cada paciente incluido en una de las 7 VC (Colecistectomía, RTU Vesical, Fractura de Cadera, Histerectomía, Mastectomía, Prótesis de Cadera y RTU Próstata), se le entregó en el día de su alta un cuestionario anónimo y autoadministrado. El cuestionario consta de 22 preguntas de selección múltiple, 2 de escala numérica (1-10) y 11 preguntas abiertas y explora las áreas: satisfacción global, trato y confort, información recibida e infraestructuras.

Resultados obtenidos.
De los 614 pacientes en vías clínicas 438 complementaron la encuesta (71,3%). La edad media es de 66 años (DE: 15,3). El 14,8 % se identificaron como universitarios o con bachiller superior. La satisfacción global media fue de 8,9 (D.E: 1,4; escala de 1 a 10), y en la pregunta de si el paciente recomendaría los servicios a otros, se obtuvo una media de 8,5 (DE: 1,6). El 71,5% del personal que atendió al paciente se identificó correctamente. La amabilidad de los médicos fue evaluada como mejor/mucho mejor de lo esperado en un 72,6%, la amabilidad de las enfermeras en un 74,4%, la rapidez de conseguir lo requerido en un 70,5% y la disponibilidad del personal para ayudar en un 79,5%. Con respecto a la información recibida, el 63,5% evaluó como mejor/mucho mejor la información sobre su enfermedad, el 61,2% sobre el tratamiento y el 59,4% sobre las recomendaciones al alta. La comida, el mobiliario y la limpieza han sido evaluados como peor/mucho peor de lo esperado en el 11,2%, 6,4% y 5% respectivamente.

Lecciones aprendidas.
La satisfacción de los pacientes es alta. Destaca positivamente la amabilidad del personal sanitario y la rapidez de respuesta a las necesidades de los pacientes. Se detectó un potencial de mejora en el área de la información al paciente, tanto sobre su enfermedad y tratamiento como sobre las recomendaciones dadas al alta. La encuesta pone de manifiesto la necesidad de intensificar estrategias de mejora en los procesos de alimentación y limpieza.

C-100

IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE CROMOSOPATÍAS EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DEL C. HOSPITALARIO DE JAÉN

HERRERA CONTRERAS ISIDORO; GASSÓ CAMPOS MANUELA; AGUILAR PEÑA ROSARIO; JOVER CASAS JOSE Mª; SANCHEZ MUÑOZ BALTASAR Y CAMACHO REINA Mª VICTORIA.
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: Cromosomopatías, Screening, Embarazo

RESUMEN

Contexto de partida.
En Septiembre de 2008 la Unidad de Gestión Clínica de Laboratorio y el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario de Jaén, comienzan implantar en el Área Hospitalaria del Complejo Hospitalario de Jaén el Screening del Primer Trimestre del Embarazo. Los profesionales implicados fueron los miembros de la UGC de laboratorio y ginecología.

Descripción del problema/necesidades.
El procedimiento permitirá conocer si existe riesgo de desarrollo de determinadas alteraciones cromosómicas en el embarazo, en consulta de "acto único", que se realizará en la décima semana de gestación. Así, el principal beneficio en la aplicación de esta técnica, es que permitirá establecer un diagnóstico de sospecha de forma precoz que, en caso de ser necesario, podrá ser confirmado con técnicas invasivas de estudio genético. Otra de las ventajas es que la mujer recibe esta información en la consulta de ecografía y mediante acto único, de manera que posteriormente puede regresar a su domicilio.

Desarrollo y soluciones aportadas.
La implantación del cribado de cromosomopatias en el primer trimestre soluciones aportadas del embarazo, se llevo a cabo de manera coordinada entre los Distritos Sanitario de Jaén, Jaén Sur y el Complejo Hospitalario de Jaén. Se realizo dentro del grupo de mejora del Proceso embarazo, parto y puerperio de carácter multidisciplinar. Se realizó un análisis global de la implantación y se identificaron los problemas. Se difundió en Atención Primaria y Especializada y se planificó la implementación en toda el área asistencial. El nuevo programa de diagnóstico prenatal consiste en la combinación de una analítica que se realiza en la décima semANA de embarazo, junto a una ecografía en la duodécima semana. Los resultados de ambas pruebas, permiten calcular el riesgo durante el embarazo, y establecer un diagnóstico de sospecha de alteración cromosómica en el feto.

Resultados obtenidos.
Desde Septiembre del 2008 se han realizado un total de 480 Screening, lo que nos ha permitido tener nuestras propias medianas para cada semAna de gestación

Sem	PAPP-A. Regresión-Mediana	Beta-hCG. Regresión-Mediana
8	0.40	80.79
9	0.61	67.47
10	0.95	56.34
11	1.46	47.04
12	2.26	39.28
13	3.49	32.80

Lecciones aprendidas.
La implantación del nuevo procedimiento de Laboratorio, ha supuesto la integración de datos de forma totalmente automatizada, con la consiguiente disminución de errores. Supone menor tiempo de respuesta del informe final, y la posibilidad de realizar la consulta ginecológica en "acto único". Disminuye el número de procedimientos invasivos con la disminución de costes y de riesgo de perdida de embarazo.

C-101

ORIENTACIÓN DE OBJETIVOS A RESULTADOS DE SALUD

ANA MIQUEL GÓMEZ; ANDRES LÓPEZ ROMERO; ELENA BARTOLOME BENITO; OSCAR GÓMEZ MARTÍN; Mª SOL ZUZUARREGUI GIRONES Y ANGEL SANZ-VIRSEDA DE LA FUENTE.
SGYSOAP

Palabras Clave: Objetivos, Efectividad, Seguridad, Contrato Programa

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto ha sido liderado por la Dirección General de Atención Primaria (DGAP) con la participación de los profesionales de las Gerencias de Atención Primaria (AP).

Descripción del problema/necesidades.

Las necesidades de salud de la población en AP, han sido abordadas siempre desde el ámbito de los procesos a través de la Cartera de Servicios pero sin referencia de los resultados alcanzados en los mismos.

Conocer el impacto que las actuaciones sanitarias tienen en procesos claves de actuación de la Primaria es una necesidad por fin abordada en esta Comunidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se creó un grupo de trabajo integrado por profesionales de seis Áreas sanitarias (médicos, enfermeras, técnicos de salud, técnicos de sistemas de información y farmaceúticos) con la participación de la Dirección de compras de medicamentos y productos farmacéuticos, todos ellos coordinados por la DGAP.

Se identificaron los procesos en los que era preciso conocer resultados.Se revisó el trabajo que en ellos se había realizado en las Áreas en cuanto a resultados intermedios obtenidos. Se valoró la evidencia científica hasta la fecha disponible y se definieron indicadores a monitorizar. Se normalizaron los datos de registro a obtener y mediante una aplicación informática se validaron y se hizo un corte para conocer la situación en toda la Comunidad de Madrid.

Por su relevancia y oportunidad, se incluyó en el Contrato Programa de Centro (CPC) 2009 como objetivos en el criterio 6 (4 indicadores de seguridad) y en el criterio 9 (7 indicadores de efectividad).

Se está trabajando en el diseño de la aplicación informática para hacer seguimiento mensual de los indicadores.

Este proyecto se revisará en 2010 en aras a la mejora continua.

Resultados obtenidos.

Procesos asistenciales seleccionados: hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia, asma en adulto y niños.

En los indicadores de seguridad, se ha trabajado, además, en la seguridad de medicamentos en anciano, anticoagulación oral y prevención secundaria, como grupos de riesgo.

Se ha hecho un corte en los 257 Centros de Salud (CS) y con el resultado obtenido por CIAS (profesional), se han definido las metas de los objetivos de CPC 2009 y se ha definido un objetivo de mejora alcanzable en cada uno de los CS.

(En el Congreso se aportarán los datos de la Comunidad de Madrid).

Lecciones aprendidas.

Se ha conseguido conocer en procesos claves, a nivel profesional, información sobre calidad de procesos, efectividad y seguridad. Su medición y seguimiento permite emprender mejoras relevantes en
procesos asistenciales atendidos en AP.

C-102

ANÁLISIS DE LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

RODRÍGUEZ GARCÍA LC*; FERRÁNDIZ SANTOS J; MORA NAVARRO G; GARCÍA ÁLVAREZ G; ALONSO SALAZAR MT Y MUÑOZ GONZÁLEZ JJ.
Gerencia Área 11 de Atención Primaria de Madrid

Palabras Clave: Hiperfrecuentación, Organización, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

La sobreutilización de los servicios en Atención Primaria (AP) se puede atribuir a factores relacionados con el usuario, el profesional y la organización. El análisis de las iniciativas de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para abordar la hiperfrecuentación (HF) permite considerar las posibles medidas dirigidas a reducir visitas innecesarias y a adecuar la utilización de los servicios.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo es conocer el despliegue organizativo en los EAP para gestionar la potencial HF respecto a los condicionantes en los procesos asistenciales y organizativos de los EAP y los procedimientos internos y de derivación entre profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñó un cuestionario de 29 preguntas abiertas y cerradas sobre 5 aspectos: consultas administrativas y asistenciales, previsibles e imprevisibles y la gestión de agendas. Tras su pilotaje con informadores clave, fue remitido a las Comisiones Directivas (CD) delos 38 EAP del Área mediante papel y correo electrónico.

Resultados obtenidos.

La respuesta fue del 100%. Entre las medidas que alivian la HF, el 45% de los EAP utilizan circuito informatizado de renovación de recetas crónicas y un 32% adicional utilizan circuitos no informatizados; un 68% de los EAP gestiona las incapacidades temporales (IT) con participación directa de la unidad administrativa (UNAD). Tienen impacto negativo sobre la HF: 29% de los EAP hacen partes de revisión en Especializada (AE), 42% de pruebas diagnósticas y/o recetas de estudios preoperatorios, 68% de transporte sanitario por seguimiento en AE y 29% justificantes de ausencia escolar. Respecto a la adecuación a protocolos, se observa hasta un 79% de ajuste del nº de visitas a las recomendaciones estándar de programas y protocolos y del 61% respecto al profesional indicado para cada revisión, con un 29% de duplicidad de visitas de seguimiento (médico y enfermera). Sobre la gestión de las citas, el 76% solicita en consulta de enfermería las pruebas indicadas en programas preventivos y un 90% refiere cita autoconcertada desde consultas de medicina y enfermería. El 95% de las UNAD recuerdan al usuario la fecha y hora de la cita y un 42% dispone de espacio específico para la atención rápida.

Lecciones aprendidas.

Existe gran variabilidad entre EAP y entre profesionales del mismo EAP en cuanto a la utilización de medidas de control de la HF siendo necesario un mayor conocimiento por parte de los profesionales y de las CD de los EAP sobre las medidas disponibles para reducir visitas innecesarias y sobre los programas preventivos y de seguimiento de pacientes crónicos.

C-103

¿QUÉ NOS INDICAN LOS INDICADORES?: HISTORIA DE UN FRACASO

MORALES SUÁREZ, E; ESQUIUS RODRÍGUEZ, M; ESPEJO VIDAL, T; ENRI FERNÁNDEZ, E; OCETE MANERO, M Y COLLADO CUCÒ, A.
ABS Vandellòs-Hospitalet

Palabras Clave: Indicador, Diabetes

RESUMEN

Contexto de partida.
A partir de los indicadores de contrato con el CatSalut en el 2005 se detecta una falta de información sobre el estado de control de algunas patologías. Concretamente, un 37% de los diabéticos no tenían registro de sus cifras de HbA1C durante el periodo auditado, tal como exige el protocolo de diabetes del centro.
Descripción del problema/necesidades.
Del total de diabéticos diagnosticados en nuestro centro (Área de problema/ Salud rural de 6000 habitantes), solo un 48% cumplía los criterios de necesidades control propuestos en el contrato. Un análisis más amplio de este
resultado puso de manifiesto que sólo un 15% de diabéticos presentaba criterios de mal control. Si ignorábamos el 37% "perdido", el 60% cumplía criterios de control, con lo que se conseguían los objetivos del contrato. Fases del proyecto: Análisis de posibles causas de la pérdida de información mediante técnica cualitativa (observación de los profesionales) Como causa fundamental se identificó el mal registro de las cifras de HbA1C en la historia clínica Causas concurrentes: escasa asistencia de algunos diabéticos a las consulta, pluripatologia, controles externos (medicina privada, centros de especialistas....)
Desarrollo y soluciones aportadas.
Propuesta de soluciones: Incorporación de plantillas para la recogida de resultados de análisis en la historia clínica Recuperación de las analíticas solicitadas por otros centros. Monitorización anual del grado de control de los diabéticos. Evaluación de resultados: Las cifras de diabéticos "perdidos" fueron del 44%, 37% y 38% en los años 2006, 2007 y 2008 respectivamente. Se decidió realizar una auditoría manual de historias clínicas para confirmar las causas apuntadas previamente en los casos perdidos
Resultados obtenidos.
Se observa que en el 35% de los casos se había realizado una analítica, pero solo en el 18% de éstos constaba el valor de la HbA1c (registrado como texto libre) El promedio de visitas fue de 16 por persona y año, 5 de las cuales por control de la diabetes. Estas cifras no difieren significativamente de correspondientes a diabéticos controlados. Sólo un 11% eran controlados en otros centros. o por otros profesionales.
Lecciones aprendidas.
El análisis del problema fue erróneo y propició la adopción de medidas inefectivas. Dicho análisis debería hacerse de forma objetiva y no solo basado en la opinión de los profesionales. A partir de éstos nuevos datos se ha puesto en marcha un recordatorio mensual a cada profesional en forma de listado de diabéticos sin la información requerida en el protocolo.

C-104

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE AGRESIONES SEXUALES EN URGENCIAS

GRAU CANO, JAUME *; CESPEDES F; MARTÍNEZ B; ECHEVARRÍA T; RODRÍGUEZ D Y SANTIÑÁ M.
Hospital Clinic Barcelona

Palabras Clave: Indicadores, Calidad Asistencial, Evaluación, Agresiones Sexuales;

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Clínic de Barcelona. Hospital de tercer nivel. Varios departamentos. Comisión Interdisciplinar de Violencia Intrafamiliar y de Género
Descripción del problema/necesidades.
El servicio de urgencias suele ser el primer contacto de atención de las problema/ personas victimas de agresiones sexuales. Es esencial detectar esta necesidades situación para dispensar la atención sanitaria oportuna y facilitar otros
abordajes como el judicial.
La cuantificación del problema se realizó por un grupo de profesionales del servicio de urgencias que en su trabajo cotidiano se encontraban el problema de las agresiones sexuales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En año 2.000 se creó la comisión interdisciplinar de Violencia Intrafamiliar y de Género. Esta comisión se dedica a elaborar protocolos asistenciales y de actuación (intranet) con el objetivo de coordinar mejor la asistencia a las personas agredidas y sensibilizar el resto de la organización. El objetivo del presente proyecto es evaluar el nivel de calidad del programa de atención en urgencias de personas agredidas sexualmente. Se analizaron los indicadores de calidad siguientes: participación en vía clínica, agresiones previas, seguimiento consultas externas de enfermedades infecciosas, llamada a forense, realización de denuncia, tiempo de visita, tiempo para atención por parte del médico forense.
Resultados obtenidos.
Los principales resultados del proyecto fueron: la mediANA en el tiempo de visita: 3 horas 16 minutos [2:31-4:50]. La mediANA para que el forense acuda: 38 minutos [30:00-55:00]. Denuncia en un 85,5% y el forense acudió en un 70,8%. 25 pacientes presentaron agresiones previas (9,8%). El seguimiento en consulta externa de enfermedades infeccionas se realizó en 91 pacientes (25,3%). Entraron en guía clínica un total de 254 pacientes. De la evaluación de los indicadores se observa una clara mejoría de los indicadores: entrada en guía clínica, presencia de forense y seguimiento en consulta externa. Se crearon objetivos para los indicadores tiempo de visita y tiempo para presencia de forense.
Lecciones aprendidas.
La introducción de indicadores de calidad y su seguimiento representa un óptimo instrumento para la evaluación y mejora del programa. Estimula la mejora continua del proceso mediante la homogeneización y coordinación de una atención de por sí compleja. La importancia del cumplimiento de los distintos protocolos asistenciales así como el mantener una buena actitud profesional (discreta, sensible y empática) son elementos clave del programa.

C-105

APLICACIÓN DE UN MODELO INTERDISCIPLINAR PARA LA REALIZACIÓN DE CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EN RÉGIMEN AMBULATORIO

RETEGUI G.; PÉREZ DE LA YGLESIA R.; GARCÍA GARMENDIA JL.; PÉREZ PAREDES MC.; VARELA F. Y RUIZ BORRELL M..
H San Juan de Dios Aljarafe Bormujos - Sevilla

Palabras Clave: Arritmias cardíacas, Cardioversión eléctrica, Humanos

RESUMEN

Contexto de partida.
Este proceso ha sido desarrollado en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe de Sevilla. Se trata de un modelo multidisciplinar, en el cual se encuentran involucrados las Unidades de Cardiología, Observación y Medicina Interna en continuidad asistencial con los principales Centros de Salud del Aljarafe.
Descripción del problema/necesidades.
La duración de la fibrilación auricular (FA) es un predictor adverso de eficacia asociado a una menor tasa de éxito durante la cardioversión, así como a una mayor recidiva e incidencia de trombos intracavitarios. La aplicación de un protocolo que permita reducir los tiempos de espera del usuario hasta la restauración del ritmo sinusal se debería traducir en un aumento significativo de la eficacia de la terapia. Los pacientes con FA persistente refractaria a tratamiento médico y considerados para cardioversión eléctrica electiva (CVE) como método de control del ritmo en 2008 fueron incluidos en este estudio y evaluados prospectivamente a 1 y 6 meses. Los resultados obtenidos se compararon con los datos del registro nacional de CVE en España durante 2008.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se establecieron 2 vías de acceso: desde Primaria a través de reuniones semanales con el internista de referencia o bien tras alta de urgencias a huecos habilitados con este fin en Cardiología. Tras la indicación por Cardiología de CVE se realiza un ingreso programado en Observación: de forma conjunta con el intensivista de guardia el propio cardiólogo realiza la CVE. En caso de precisar ecocardiografía transesofágica (ETE) ésta se realiza previa al procedimiento.
Resultados obtenidos.
Son incluidos en el estudio 58 pacientes con una edad media de 59,4 años. Se obtuvo una tasa de éxito inicial del 91.4%, con un tiempo de espera medio de 10,2 días y una tasa de recidiva del 31% y del 34,4% a 1 y 6 meses respectivamente, mejorando los datos del principal registro sobre CVE en España. En el 81% de los casos se realizó ETE previa con el fin de reducir el tiempo de espera. No se presentaron complicaciones significativas. El tiempo de ingreso en Observación fue menor de 4 horas en todos los casos.
Lecciones aprendidas.
La aplicación de un protocolo multidisciplinar que posibilite la reducción del tiempo de espera se asocia con una mayor tasa de eficacia y una menor tasa de recidiva. La colaboración entre distintos Servicios permite realizar este proceso en régimen ambulatorio reduciendo de esta manera el número de ingresos hospitalarios y el gasto sanitario.

C-106

DISEÑO Y MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CONTINUIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

VALLEJO SÁNCHEZ-MONGE,P; MORA NAVARRO,G; PÉREZ RIVAS, J; ALONSO SALAZAR, MT; OCHANDORENA JUANENA, MS Y MUÑOZ GONZÁLEZ,JJ.
Gerencia Área 11 Atención Primaria

Palabras Clave: Anticoagulantes, Atención Primaria, International Normalized Ratio, Acenocumarol.

RESUMEN

Contexto de partida.
El Servicio Madrileño de Salud marca como objetivo la descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) mediante determinación capilar del INR, comenzando en el Área 11 de Atención Primaria (AP) en el primer semestre de 2006.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo principal es monitorizar la cobertura (pacientes incluidos en
problema/ servicio) alcanzada en el Área tras su implantación, asumiendo el estándar de referencia del 70% de los pacientes en TAO susceptibles de control en AP. Sin embargo, parece pertinente conocer el grado y características del seguimiento de los pacientes incluidos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En la Gerencia del Área se diseñó un indicador de cobertura definido como número de pacientes incluidos en el servicio sobre el total de pacientes con prescripción de TAO (acenocumarol o warfarina). Una vez alcanzada una adecuada cobertura (70%), se elaboró el indicador de seguimiento definido como pacientes con al menos una determinación del INR en los últimos 3 meses sobre el total de pacientes incluidos en el servicio. El estudio se realizó en los 35 Centros de Salud del Área de marzo de 2008 a marzo de 2009, con monitorización mensual, explotación de la historia clínica informatizada y remisión de los resultados a las unidades de referencia.
Resultados obtenidos.
La media de pacientes en TAO durante el periodo de estudio fue de 13333 (desviación estándar, DE 860). De ellos, 9186 se incluyeron en protocolo (DE 789) (cobertura media 68,86%) y la media de pacientes en seguimiento fue de 6855 (DE 481), lo cual supone un 74,73% (DE 2.8%). Por lo tanto, de los pacientes incluidos en el servicio aproximadamente un 25 % no tienen una determinación de INR en los últimos 3 meses.
Lecciones aprendidas.
La implantación de un servicio no sólo debe descansar en criterios de cobertura de implantación, sino de continuidad del proceso mediante indicadores clave adecuadamente monitorizados para estimar su comportamiento e introducir las mejoras. También parece necesario diseñar una estrategia para aumentar el número de pacientes incluidos en seguimiento y así mismo diseñar indicadores que permitan valorar la calidad de dicho seguimiento. Además, el suministro del material para el control de procesos crónicos que precisan determinaciones periódicas (INR, glucemia capilar) podría ser más eficiente si se realizase en base a indicadores de seguimiento y no solo a indicadores de cobertura.

C-107

MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CANDIDA Y DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIFÚNGICOS EN CUIDADOS INTENSIVOS.

VELAYOS AMO, C.; ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, J.; GARCÍA MARTÍNEZ, J.; ALONSO OVIES, A.; VAQUERIZO ALONSO, C. Y ARNAIZ APARICIO, L..
Hospital de Fuenlabrada

Palabras Clave: Gasto Hospitalario, farmacia, Cuidados Intensivos, Antifúngicos

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se desarrolla en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital secundario público español.

Descripción del problema/necesidades.

La incidencia de infecciones por candida (C) en UCI ha aumentado en problema/ los últimos años. También disponemos de nuevos antifúngicos (AF) necesidades más eficaces y de elevado coste.

El aislamiento de C. en un cultivo no siempre traduce una infección clínica. A menudo nos informa de que estamos ante una mera colonización. Diferenciar colonización de infección y, por tanto, decidir el inicio del tratamiento AF y la elección del fármaco es complejo. Durante el año 2007 el gasto farmacéutico en AF en nuestra UCI fue muy elevado. La complejidad del tratamiento AF así como sus elevados costes evidencian que éste era un área de mejora de nuestra unidad por lo que se decidió elaborar, difundir e implantar un protocolo de tratamiento de la infección por C.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó una revisión de la evidencia científica con la que se elaboró un protocolo de diagnóstico y tratamiento AF para los pacientes críticos no neutropénicos. En el protocolo se establece la indicación para iniciar tratamiento AF según un sistema de puntuación basado en la combinación de criterios clínicos y microbiológicos así como el fármaco de elección en cada situación. El protocolo se aprobó en sesión clínica en enero de 2008, permaneciendo disponible tanto de forma física como electrónica desde entonces. En las sesiones clínicas de la UCI se revisó diariamente el cumplimiento del protocolo.

Resultados obtenidos.

En el año 2007 el gasto farmacéutico en AF de la UCI fue de 87.205€ (un 49% del gasto en antibióticos y un 17,7% del gasto total). En el año 2008 el gasto en AF descendió a 46.684€ (un 46% menos). Esta reducción no se explica por una disminución en el aislamiento de C.: en el año 2007 se realizaron 93 aislamientos (29% no albicans) y en el año 2008 251 (45% no albicans). Tampoco ha supuesto empeorar los resultados: en el año 2007 fueron tratados 74 pacientes con AF (un 20% de los pacientes, excluidos los coronarios) y tuvieron un 30% de mortalidad. En el año 2008 fueron 68 pacientes (17%) con una mortalidad del 21%.

Lecciones aprendidas.

La elaboración y puesta en marcha de un protocolo de tratamiento AF para pacientes críticos no neutropénicos nos ha permitido estandarizar nuestra práctica clínica según la evidencia científica y disminuir el gasto farmacéutico en AF. Todas las UCIs deberían disponer de un protocolo de tratamiento de la infección por C. ya que su incidencia está aumentando y una mala utilización de los fármacos disponibles puede suponer un aumento de costes innecesario.

C-108

GUARDIAS DE ENFERMERÍA: DESARROLLO EN UN ENTORNO WEB

PILAR FERRER BAS; BEATRIZ ALEMANY; CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ROMERO; CATALINA GARCÍA JIMÉNEZ; JOAQUÍN HELLÍN MONASTERIO Y JENARO CORTÉS ANGULO.
H.U. Virgen de la Arrixaca

Palabras Clave: Relevos, Enfermería, Web

RESUMEN

Contexto de partida.

El punto de partida fue el relevo entre los supervisores de guardia y los supervisores de las distintas unidades del H. U. Virgen de la Arrixaca en formato papel. Con la implantación de la intranet del hospital vimos la oportunidad de trasladar el circuito manual a formato web.

Descripción del problema/necesidades.

Con la inserción en formato papel del relevo de supervisores se pierde información desde las unidades de hospitalización a la supervisión de guardia, dificultando la gestión de la misma, y viceversa, dificultando la gestión de dichas unidades. Otra dificultad que existía en el circuito manual es la obligatoriedad de los responsables de las unidades a personarse en el despacho del supervisor de guardia para conocer la información. Además del consumo de papel innecesario.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se desarrolló una página web en la intranet en las que los supervisores accederían con login y clave. Dependiendo de los privilegios que posee cada supervisor accederá a la inserción de información en su correspondiente servicio. Además se controla el horario y las fechas en las que se realizan las guardias, permitiendo insertar la información dependiendo del turno en el que se encuentra.

Se impartieron cursos para el aprendizaje de la utilización del programa y se dio apoyo personalizado. Además se habilitó una página web para insertar dudas sobre el propio programa.

Resultados obtenidos.

La información entre los supervisores de unidad y los de guardia se ha facilitado por la proximidad del recurso y la sencillez de la página web. Para impulsar la utilización de la intranet se incluyó en el contrato de gestión de cada unidad de enfermería con un índice de cumplimiento. Indicador nº de días utilizados/365 x100 objetivo 60%. Desde su implantación en enero, podemos evaluar 5 indicadores: - Dudas recibidas: disminución desde su inicio en más de un 75%, estando en la actualidad en menos de 9 mensuales.

- Inserción de incidencias de pacientes: ha aumentado desde su inicio en un 550%, pasando de 50 a 327 mensuales. - Inserción de presencias: desde su inicio hemos pasado de 408 a 1068 mensuales.

-Inserción de observaciones: ha aumentado desde su inicio de 53 a 214 mensuales.

- Inserción de incidencias de personal: desde su inicio hemos pasado de 20 a 28 mensuales, existiendo meses con 55 incidencias.

Lecciones aprendidas.

La colaboración entre diferentes estamentos nos ha permitido desarrollar una herramienta informática en la intranet del hospital en la que se ha beneficiado el área de enfermería y ha repercutido en la gestión global del hospital, dándole un valor añadido a la gestión hospitalaria.

C-109

LIDERAZGO: EL PAPEL DE LA SUPERVISORA DE CALIDAD

CASANOVA CARTIÉ, NATALIA Y GARCÍA MONTERO, JOSÉ IGNACIO.
Hospital Ernest Lluch

Palabras Clave: Gestión de Calidad, Supervisión de Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital Ernest Lluch es un Hospital comarcal.La Unidad de Calidad Asistencial está formada actualmente por un Coordinador de Calidad y una Supervisora de Enfermería.

Descripción del problema/necesidades.

La creciente incorporación de enfermeras a la gestión de la calidad y la ausencia de unas funciones concretas definidas por el Salud, hacen que en cada centro se inviertan unos recursos humanos distintos y que cada profesional se dedique a unas tareas diferentes. En el Hospital Ernest Lluch la dedicación de una enfermera en la Unidad de Calidad era compartida con otras tareas, lo que redundaba en un trabajo no siempre organizado, unos objetivos indefinidos y que la ejecución de tareas absorbiese todo el tiempo y la planificación y evaluación de los objetivos ocupasen un lugar muy secundario. La reciente creación del puesto de Supervisora de Calidad ha supuesto que la dedicación de una enfermera pase a ser exclusiva y no compartida, como se venía haciendo hasta ahora.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La Supervisora de calidad realizó junto a la Dirección de enfermería una estrategia para mejorar la calidad asistencial definiendo las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de mejora del trabajo asistencial, docente, investigador y de formación continua del personal de enfermería del Hospital. Posteriormente se definieron unas prioridades en las líneas de actuación y se crearon los grupos de trabajo implicados en la realización de cada proyecto, formados en muchas ocasiones por enfermeras tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, pues las mejoras afectaban a ambos niveles y a la continuidad de cuidados.

Resultados obtenidos.

La creación de grupos de mejora formados por enfermeras de los dos niveles asistenciales del Sector y liderados por la Supervisora de calidad ha dado lugar a que en el periodo 2005-2009 el Sector disponga de las siguientes Comisiones: Cuidados de Enfermería, Procesos enfermeros en Atención Primaria, Procesos enfermeros en Atención Hospitalaria, Enfermería Quirúrgica, Enfermería Basada en la Evidencia y Úlceras por presión y heridas crónicas. Además, junto con otros profesionales lideran las Comisiones de Seguridad Clínica y Formación Continuada. Todos estos grupos tienen una gran actividad recogida puntualmente en actas.

Lecciones aprendidas.

El liderazgo de la Supervisora de calidad para implicar a las enfermeras en grupos de trabajo dirigidos a mejorar la calidad asistencial, la formación continua, la seguridad y la labor investigadora mejora fuertemente la motivación de los profesionales implicados y mejora los resultados de salud medidos en el Contrato de gestión.

C-110

OPTIMIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN EL ENTORNO DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO ISO 9001:2000

GÓMEZ GUIJARRO, FM.; CARRERO, A.; CASTELLS ARMENTER V.; CARRASCOSA, AJ. ; RUIZ, P. Y PÉREZ-CERDÁ, F..
Hospital 12 Octubre

Palabras Clave: Gestión Procesos, Información, Consentimiento

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Servicio de Anestesiología del Hospital 12 de Octubre en el entorno de una Unidad de Dolor Agudo (UDA) ISO: 9001-2000. Los profesionales involucrados fueron los anestesiólogos de la Unidad de Dolor Agudo y de la Consulta Preanestésica

Descripción del problema/necesidades.

La introducción de nuevas modalidades analgésicas condiciona que desde la consulta preanestésica exista información sobre las técnicas empleadas en el período postoperatorio. A reseñar: 1) la educación es especialmente necesaria si se utiliza una analgesia controlada por el paciente; 2) Los pacientes han de ser informados antes de la intervención sobre el método de evaluación del dolor. Esta información debería darse durante la evaluación preoperatoria del paciente y en el postoperatorio. Asimismo, desde el punto de vista médico-legal, es necesario aumentar el alcance del consentimiento informado al período postoperatorio ya que el riego de siniestrabilidad perdura mientras se usen las técnicas analgésicas

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.-Identificación del problema y creación de un grupo de trabajo entre miembros de la UDA y consulta preanestésica para elaborar una información escalonada y un consentimiento específico de técnicas invasivas que cubra el postoperatorio. Como premisas,la información preanestésica implica el conocimiento de la evaluación y control del dolor y la presentación de las técnicas analgésicas disponibles. Asimismo, el primer día postoperatorio es necesario entregar iformación sobre la modalidad analgésica elegida. En relación al consentimiento, debe contemplar realizar modalidades invasivas postoperatorias.
2.-Elaboración de la documentación y adaptación al modelo ISO 9001:2000. Redacción de formatos específicos de información y consentimientos para la consulta y el postoperatorio.3. Implantación. Formación al Servicio de Anestesia de los procedimientos a realizar en cada unidad

Resultados obtenidos.

Medición del proceso: Indicadores específicos sobre la entrega de información y satisfacción del paciente. Resultados: 1) Gestión de procesos: optimización de la información según área de trabajo.2) Gestión de riesgos: ausencia de defecto de información, obtención de consentimientos específicos para la realización de técnicas analgésicas invasivas; 3) Satisfacción del paciente: información acorde a la técnica analgésica empleada

Lecciones aprendidas.

Facilidad de seguimiento y tratamiento del dolor postoperatorio de pacientes bien informados. Dificultad de implantación de un proyecto de información del dolor desarrollado en etapas debido a la necesidad de coordinación de los diversos procesos

C-111

UNIDAD REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DE MURCIA: GESTIÓN DE UNA CONSULTA DE NUEVA CREACIÓN

ZAMORA, C.; FRANCO, F. ; MURCIA FLORES, L.; CARRILERO, B.; IBORRA, A. y SEGOVIA, M.

Palabras Clave: Medicina Tropical, Murcia, Arrixaca

RESUMEN

Contexto de partida.
La Unidad Regional de Medicina Tropical de Murcia está ubicada en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca que cuenta con 944 camas y cuyos beneficiarios son los 225.625 inmigrantes residentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, los 25.000 turistas de la región que viajan cada año a los trópicos, los 500 misioneros y religiosos de la diócesis de Cartagena que ejercen su ministerio en los trópicos, los cooperantes y evaluadores de ONGs con actividades en los trópicos, los empleados y ejecutivos de empresas de la región con actividades comerciales en los trópicos, así como cualquier otro, que por una razón u otra viaje o proceda del trópico y que pudiera requerir su actuación.
Descripción del problema/necesidades.
La Unidad Regional de Medicina Tropical inicia sus actividades en octubre 2006. La Unidad de Medicina Tropical actúa como entidad de referencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) en materia de enfermedades tropicales y/o importadas. Dicha unidad actúa dentro del marco de implantación y mantenimiento de un programa de calidad para la atención sanitaria y prevención de enfermedades importadas en la población inmigrante. Que se encuadra en el eje VI de Salud a 1 de la medida “Apoyo a Programas de promoción de salud y asistencia a necesidades específicas de la población inmigrante” . La Unidad Regional de Medicina Tropical de la CARM en 2007 y 2008 ha desarrollado una serie de actuaciones en materia de atención sanitaria y prevención de enfermedades importadas en la población inmigrante.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La actividad fundamental de la Unidad Regional de Medicina Tropical en 2007 y 2008 consistió en prestar asistencia sanitaria a inmigrantes, así como a todas aquellas personas, nacionales o extranjeros, que viviendo en la Región de Murcia presentaron alguna patología ligada a la movilidad internacional. Consultas externas: Exploración general y microbiológica del enfermo, seguimiento y la evaluación periódica de los pacientes que son atendidos por la Unidad, prescripción de tratamientos que fueron precisados, consejo a viajeros internacionales y en particular a inmigrantes de regreso a sus países de origen en visita familiar
Resultados obtenidos.
El total de enfermos consultados en 2007 fueron 771 y en 2008 fue de 1720 según detalles en figuras aduntas
Lecciones aprendidas.
Para un correcto seguimiento del paciente es preciso la implicación de todo el equipo de un servicio o unidad, ya sea médico, sanitario o administrativo.

C-112

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA. ACCIÓN DE MEJORA.

BALLESTEROS JUAN , M.T.; PINA MINGORANCE, C.; LÓPEZ LOZANO, M.A.; GARCÍA ARSAC, I. Y REALES BUENO, R..
Hospital Vega del Río Segura

Palabras Clave: Registro, Historia Clínica, Formulario, Urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realiza en la unidad de urgencias de un hospital comarcal, implicando al equipo de enfermería de dicho servicio.
Descripción del problema/necesidades.
Tras la puesta en marcha en la unidad de urgencias del aplicativo informático selene, se detecta un descenso en el registro de las actividades de enfermería, suponiendo una valiosa pérdida de información en la historia clínica del paciente. En una sesión de grupo, analizamos el problema mediante un diagrama causa-efecto para detectar el origen del problema.
Realizamos una 1ª medición de datos en febrero de 2008, tomando como unidades de estudio las historias clínicas informatizadas de usuarios que acuden a urgencias, cuyo motivo de consulta sea: dolor torácico, alteraciones del ritmo cardiaco, mareos y/o disnea. Estableciendo como criterios a evaluar el registro de: c1: constantes (t.A., F.C., Tª.).C2: realización de ecg.
C3: tipo de vía venosa canalizada.
C4: localización de la misma.
C5: calibre del catéter utilizado.
C6: fecha de inserción de la vía.
Desarrollo y soluciones aportadas.
después de la recogida de datos de la 1ª evaluación, soluciones aportadas detectamos un incumplimiento superior al 80% en 5 de los criterios evaluados, lo que manifiesta la complejidad del formulario destinado al registro de la actividad enfermera en la zona de boxes de urgencias. Nos planteamos la creación de un nuevo documento informático que unificara en una sola pantalla los procesos de enfermería que requiere el usuario. Tras el diseño del nuevo formulario, se realizan sesiones de formación al personal de la unidad.
Resultados obtenidos.
Realizamos la reevaluación de datos en junio de 2008, estableciendo las mismas unidades de estudio y obteniendo las siguientes mejoras absolutas y relativas en la tabla de estimación de la mejora conseguida: c1: no significativo.
C2: 57,8/58.
C3: 26,1/32,5.
C4: 25,0/31,1.
C5: 25,6/31,9.
C6: 27,0/31,1.
Lecciones aprendidas.
El registro de enfermería a través del soporte informático en el área de boxes de urgencias, debe basarse en un formulario ágil, que permita al profesional registrar en una sola pantalla todos los datos de la actividad realizada al paciente que acude a este servicio.
La herramienta informática empleada en la actividad Diaria, debe ajustarse a las necesidades reales del área de trabajo para el que se destina.

C-113

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE APOYO A LAS DECISIONES (DSS) PARA EL SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

* SANTACRUZ RODRÍGUEZ, P; LUQUE GUZMAN, C; LEON MARQUEZ, M. Y ARANDA LARA, J.M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA DE CORDOBA

Palabras Clave: Toma de decisiones, indicadores alerta

RESUMEN

Contexto de partida.

El Servicio de Sistemas de Información del Hospital Universitario Reina Sofía, integrado por profesionales con formación en organización y gestión de servicios de salud y en informática, se planteó el diseño, desarrollo e implantación de una herramienta orientada a la toma de decisiones.

Descripción del problema/necesidades.

Una vez consolidado el sistema de gestión integral de información para el seguimiento y evaluación de objetivos, con las directrices de la Dirección Gerencia, nos propusimos seguir avanzando, abordando el desarrollo de un sistema de información de soporte a la decisión basado en indicadores de alerta.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para el desarrollo de esta herramienta, se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:

* Selección de los indicadores de interés estratégico para la organización, considerando:
- las características de nuestra organización
-la coherencia con los objetivos de las Unidades Asistenciales
-la disponibilidad de información

*Establecimiento, por consenso, del margen de variación para cada indicador de alerta *Designación de un responsable para cada indicador *Diseño del informe de seguimiento de indicadores alertas, destacándose visualmente aquéllos que presentan valores fuera del rango establecido. *Para los indicadores de alerta que presentan una desviación, se elabora un análisis de datos más detallado a fin de aproximarse a la causa de la desviación.

* Publicación vía Web del Informe de Seguimiento de Indicadores Alerta e Informe del Análisis de los indicadores con desviación, comunicándose este último vía e-mail al responsable designado.

Resultados obtenidos.

Se han cubierto todas las fases previstas inicialmente. La Dirección dispone de un cuadro de seguimiento de indicadores de alerta con actualización mensual. Los indicadores de alerta se han elegido de manera acertada, tanto en lo relativo a su capacidad de discriminar la desviación respecto a lo previsto como por el equilibrio conseguido entre coste de la información y beneficio aportado. La última fase de análisis de datos de los indicadores con desviación y la comunicación de resultados está en proceso de validación. Una vez superada esta fase se aplicará a las Unidades Asistenciales.

Lecciones aprendidas.

La utilidad de este sistema está en su facilidad de uso, en su capacidad de discriminar y señalizar de manera visual las desviaciones que se producen. Partiendo de un grupo de indicadores bien elegidos, se consigue una visión ágil, intuitiva y global de la marcha de la Organización.

C-114

UNA EXPERIENCIA DE GESTIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS BASADA EN LA GESTION POR PROCESOS EN BIZKAIA

MARTÍN ZURIMENDI, J* ; MORO CASUSO, I.; GALLEGO CAMIÑA, I.; DE LA RICA GIMENEZ, JA.; RETOLAZA BALZATEGUI, A. Y IZARZUGAZA ITURRIZAR, E..
Servicio de Psiquiatría Hospital de Galdakao Osakidetza

Palabras Clave: Gestión clinica, continuidad cuidados, procesos psiquiatría.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha desarrollado por profesionales de Osakidetza, en el marco de la Asistencia Psiquiátrica de la Comarca Interior de Bizkaia, que cuenta con 270.000 habitantes. Los dispositivos de la red tenían una dilatada experiencia de coordinación asistencial (derivación bidireccional de pacientes, formación continuada y docencia, evaluación de la satisfacción de profesionales y pacientes,...)

Descripción del problema/necesidades.

La continuidad de cuidados es una prioridad de los Planes Estratégicos de Osakidetza y de ambas Organizaciones que cuentan con una larga experiencia en gestión de la calidad (Q de plata de SMEB y del H. de Galdakao, que cuenta con certificación ISO del proceso de hospitalización y “Premio best in class” 2007 del S. de Psiquiatría). Un análisis DAFO permitió a los miembros de grupo el análisis del contexto asistencial y de las necesidades/oportunidades de mejora. Los registros informáticos de Osakidetza permiten una evaluación de la utilización de los recursos y de la calidad de los procesos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El grupo de trabajo esta constituido por profesionales del Servicio del Psiquiatría (que cuenta con Unidades de Hospitalización, U. de Desintoxicación, Hospital de día post -alta y programas específicos ambulatorios; T.C. Alimentaria, Psicooncología,...) como de los C. de S. Mental de la zona (que tienen también Programas de Primeros Episodios Psicóticos, P. Metadona, P. Infantil, Hospital de día,..) dependientes de la Organización SMEB (Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia). En el grupo han participado responsables asistenciales y de calidad de ambas organizaciones y de Osakidetza. Una vez elaborada la misión, visión y valores y el mapa del proceso del “sector”, se elaboró un cronograma con los objetivos a desarrollar basados en los procesos.

Resultados obtenidos.

Suele ser un motivo de debate la estructura de los modelos de asistencia psiquiátrica; el énfasis en los CSM que garantizan una correcta atención a los problemas de salud mental comunitarios (cercanos a la A. P.) o en los momentos de hospitalización (cercanos a la gravedad y a otras especialidades). La solución propuesta se centra en las necesidades asistenciales del paciente, independientemente del lugar en el que en cada momento se encuentre en tratamiento.

Lecciones aprendidas.

La continuidad de cuidados es una necesidad si se entiende que el eje de la asistencia es el paciente, que precisa cuidados y atención. La gestión por procesos integrados es un instrumento útil para mejorar la atención al paciente, independientemente, de la estructura organizacional de la red pública asistencial.

C-115

PROYECTO DE MEJORA DE LA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

ELENA BARTOLOME BENITO; SERGIO RUIZ LÓPEZ; MARIANO CASADO LÓPEZ; LUIS SÁNCHEZ PERRUCA; MILAGROS RICO BLAZQUEZ Y LUIS VEGA LÓPEZ.
SGYSOAP

Palabras Clave: Cartera de Servicios, Procesos Asistenciales, Estandarización

RESUMEN

Contexto de partida.
La Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) recoge la oferta de servicios de la Dirección General de Atención Primaria (AP) de la Comunidad de Madrid (DGAP).
Es consecuencia del desarrollo del Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009 y del Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios (CS) comunes del Sistema Nacional de Salud.
Descripción del problema/necesidades.
El documento técnico se acompañó de un modelo de evaluación sin desarrollo informático paralelo. Los protocolos implantados para el seguimiento de los pacientes y sobre los que evaluar, presentaron alguna incorrección no subsanada en 2008.
Desarrollo y soluciones aportadas.
1.Análisis: soluciones aportadas a.Análisis cualitativo (D. Ishikawa) de 2 problemas: Implantación CSE heterogénea y Evaluación incompleta de la CS con datos alejados de los estimados en algunos servicios.
b.Análisis cuantitativo de los 42 indicadores de Cobertura y de 15/210 Criterios de Buena Atención (CBA) c.- Análisis cualitativo del proceso de evaluación.
2.Identificación de 4 grandes Áreas de Mejora: Científico técnicos, Vinculados con el proceso de evaluación, de implantación de la CS, relacionados con la práctica asistencial.
3.Definición de 4 líneas de actuación con definición de objetivos.
4. Despliegue y definición de indicadores del proyecto.
Miembros participantes: -Representantes Comisión Científico Técnica (25 miembros de Sociedades Científicas), 22 Representantes de los Sistemas de Información y 22 de Cartera de las Gerencias de AP y 6 Técnicos de la DGAP
Resultados obtenidos.
Análisis:
-Se identifican las causas en los problemas definidos -Sólo 7 de los 42 servicios alcanzan un estándar aceptable. Las coberturas de crónicos son compatibles con las arrojadas por AP21.
-Se identifican los problemas técnicos de la evaluación -La evaluación de las U. de Apoyo no está informatizada.
Resultados esperados en 2009:
GRUPO CIENTÍFICO-TÉCNICO: documento técnico revisado, actualizado y evaluable
GRUPO DE IMPLANTACIÓN: Protocolos informáticos corregidos e implantación de planes personales informáticos
GRUPO DE EVALUACIÓN : Diseño de aplicación para el seguimiento de la CS, normalización de registros y diseño y validación de herramienta de obtención de información.
GRUPO DE MEJORA DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL: Elaboración de proyectos de área
Lecciones aprendidas.
-La Gestión de la CSE requiere grupos multidisciplinares de profesionales
-Es preciso continuar este proyecto con las Unidades de Apoyo
-La medición de la CSE es clave en la mejora continua de los procesos asistenciales y como elemento de Gestión.

C-116

GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

MILLÁN CASADO, M. ; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; MIÑARRO DEL MORAL, R.M. Y CASTRO RUIZ, M.J..
Servicio de Calidad y Documentación Clínica (HURS)

Palabras Clave: Evaluación de Proceso (Atención de Salud)

RESUMEN

Contexto de partida.
El desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) constituye una línea estratégica prioritaria de la Consejería de Salud desde el año 2000. En la Unidad de Calidad está centralizada toda la gestión administrativa de los PAIs.
Descripción del problema/necesidades.
La implantación efectiva de los PAIs precisa de una gestión administrativa que dé soporte a los Grupos de Implantación y necesidades Desarrollo (GID), coordinándolos y asesorándolos desde su constitución como grupo, hasta la evaluación de resultados. Centraliza todo el soporte documental de los PAIs.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La gestión administrativa de PAIs, comprende:
soluciones aportadas
• Secretaría de la Comisión Mixta Interniveles para los PAIs
• Coordinación de los responsables de PAIs en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH)
• Gestión directa con la Unidad de Coordinación de PAIs a nivel central del Servicio Andaluz de Salud
• Asesoramiento a responsables y secretarios y seguimiento de las actividades de los GID
• Cuadro de mando de reuniones de GIDs y grupos de mejora.
• Preparación mensual de reuniones de GIDs
• Mantenimiento del Cuadro de Mando Conjunto de PAIs entre AP y AH para la evaluación de resultados y su envío a los Servicios Centrales
• Mantener actualizada la base de datos del directorio de integrantes de los GID
• Emisión de informes de actualización del estado en el que se encuentra cada proceso
• Centralización del soporte documental de PAIs de AP y AH. (Anexo II, Arquitectura IV, Planes de Comunicación y de Formación, Indicadores de Calidad… etc.)
• Emisión de certificados de pertenencia a PAIs.
Resultados obtenidos.
Desde el inicio del plan en 2002:
• Existen 38 PAIs en las siguientes fases de implantación: 4 fase inicial, 8 fase 1 (Anexo II y Arquitectura IV) y 26 fase 2 (Anexo II, Arquitectura IV y evaluación de resultados)
• Se dio soporte y asesoramiento a los 38 GID, compuestos actualmente por 474 profesionales (178 de AP y 296 de AH).
• Se dio cobertura a unos 1000 profesionales implicados en los GID.
• Se realizaron 105 informes.
• Los GID han efectuado 631 reuniones. En 2008 se han realizado:
• 128 reuniones de GID: 53 de grupos de mejora, 30 como planes de comunicación y/o formativos y 2 de la Comisión Mixta Interniveles.
• 24 informes de situación de PAIs.
• 50 certificados de pertenencia a PAIs.
Lecciones aprendidas.
El contacto con los responsables y secretarios de los GID debe ser continuado para que la información fluya adecuadamente. Esta gestión o soporte administrativo es altamente reconocida por los integrantes de los GID, para la consecución de sus objetivos dentro de los PAIs.

C-117

COMUNICACIÓN INTERNA EN UN HOSPITAL ANDALUZ

MARCH CERDÁ JC Y DANET A.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: Comunicación Interna

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se llevó a cabo para conocer el estado de la comunicación interna en un hospital andaluz, con tal de diseñar un Plan de Comunicación. La Escuela Andaluza de Salud Pública fue la institución encargada de elaborar el Plan.

Descripción del problema/necesidades.

La comunicación interna y la calidad de las relaciones interprofesionales condicionan la actividad asistencial hospitalaria. Sólo recientemente los servicios sanitarios han planteado la necesidad de desarrollar planes de comunicación integrados en sus planes estratégicos (Prieto M.A, March JC, Oleaga JI, Siló F, PÉREZ G, Cervera
A. Plan de comunicación interna del plan estratégico de un hospital. Administración Sanitaria. 1999;3(10):99-109), partiendo de que los buenos cauces de comunicación interprofesional, el establecimiento de criterios homogéneos y objetivos claros influyen directamente en la calidad ofrecida por las organizaciones sanitarias (Villares JE, Ruiz A, López MP, Sáinz R. La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora. Cuadernos de Gestión. 2000;6:6067).

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para poder diseñar un Plan de Comunicación, se requiere conocer las necesidades de los profesionales dentro de la organización, por lo que se usó un cuestionario, con preguntas en escala Likert y preguntas abiertas sobre: fuentes, canales, dificultades, temas, tipo de liderazgo, calidad de las reuniones de equipo y satisfacción general de los/as trabajadores con la comunicación interna.

Resultados obtenidos.

Todos los/as profesionales del hospital fueron convocados a rellenar el cuestionario. El análisis descriptivo reveló que la Comunicación Interna se considera media, la información creíble y clara, pero tardía y escasa. Menos del 20% de los/as encuestados declaran tener una Comunicación Interna satisfactoria. Los canales usados combinan los formales e informales y las fuentes de información son infrautilizadas. Los/as trabajadores necesitan reforzar la comunicación con sus superiores y disminuir el uso de fuentes y canales informales .

Lecciones aprendidas.

Los/as propios/as trabajadores son una fuente válida para poner en marcha iniciativas de mejora de la comunicación interna. El tipo de liderazgo condiciona la gestión de la comunicación interna, por lo que se recomienda su formación específica en habilidades comunicacionales.

C-118

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN PARA EL DESARROLLO ESTRATÉGICO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

LÓPEZ LACOMA J.C.; GARCÍA GÓMEZ P.; BARRAGAN PÉREZ A.J.; MUÑOZ UREÑA A.; ÁLVAREZ DOMINGUEZ G.M. Y MARTÍNEZ GARCÍA J.F..
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras Clave: Enfermería, Administración de Servicios de Salud

RESUMEN

Contexto de partida.

-Área de Salud II de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.
-Gerencia de Atención Primaria
-Dirección de Enfermería

Descripción del problema/necesidades.

Se habla mucho de la redefinición y adecuación del modelo de

C-119

PROYECTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y EL REGISTRO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE MATRONAS DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

CARDENAS VALLADOLID, J* (SISTEMA DE INFORMACIÓN); CAÑADA DORADO, A; ARNAL SELFA, R;MARTÍNEZ DE VELASCO, A; GÓMEZ PESQUERA, RM Y IGNACIO GARCÍA, Y.
Gerencia Área 4 Atención Primaria

Palabras Clave: Matrona, Registro, Agendas, Accesibilidad, Citación, Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se elaboró en un Área de Atención Primaria. El grupo de trabajo estuvo formado por: Directora de Enfermería, Sistema de Información, Matrona asistencial, Responsable de Unidad Administrativa y Unidad de Calidad.
Descripción del problema/necesidades.
En 2008 se detectó un aumento de las reclamaciones en la Unidad de Matronas del Área la mayoría relacionadas con problemas de accesibilidad a la consulta, demoras en la cita y una lista de espera de tres meses para la realización de citologías. Es por lo que se decide elaborar un Proyecto de Mejora de la Unidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó el equipo de mejora, se definió la misión del proyecto, se analizó la situación mediante un DAFO que evidenció otros problemas: falta de accesibilidad a las agendas de matronas desde todos loscentros del Área y variabilidad en los registros clínicos que además noestaban informatizados como los del resto de profesionales del Área. Se formularon 13 objetivos específicos relacionados con: homogeneizar agendas, elaborar protocolos de registro clínicos unificados, conseguir el acceso a las agendas en remoto desde cualquier centro del Área, disminuir los tiempos de espera y reclamaciones, formar a administrativos y matronas, elaborar un cuadro de mando así como automatizar la extracción de datos mediante sentencias SQL. Para ello se desarrolló un plan de acción definiendo actividades, indicadores, estándares y estableciendo un cronograma de julio de 2008 a Mayo de 2009.
Resultados obtenidos.
En 11 objetivos se han alcanzado el 100% de los estándares previstos. Han recibido formación 13 matronas y 31 responsables administrativos; se han elaborado e implantado los registros clínicos informatizados; se ha desarrollado un cuadro de mando con 12 indicadores y las sentencias SQL que nos permite evaluarlos de forma automática; se realiza devolución a las matronas de sus resultados de cartera de servicios y de actividad mensualmente; se ha creado el acceso en remoto a todas las agendas de las matronas desde cualquier centro del Área; han desaparecido todos los registros en papel y la lista de espera para la realización de citologías es inferior a 90 días enlos 21 centros del Área y el promedio de días ha disminuido en un 30%.
Lecciones aprendidas.
No se conoce ninguna experiencia igual a la de nuestro Área. La normalización de los registros, la informatización de todo el proceso, la posibilidad de monitorizar sistemáticamente así como devolver información a los profesionales, nos ha permitido mejorar la accesibilidad garantizando una atención de calidad a nuestras usuarias.

C-120

INCIDENCIA EN EL CONTROL PRESUPUESTARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS FINANCIEROS EN LOS CONTRATOS DE GESTION

ÁLVAREZ DOMÍNGUEZ, G; BARRAGÁN PÉREZ, A.; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, J; CARRILLO GARCÍA, M.; PLAZA SÁNCHEZ, J. Y MARTÍNEZ GARCÍA, J..
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA

Palabras Clave: Control presupuestario, Descentralización

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado por la Dirección de Gestión Económico-Financiera de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena (Murcia). Área de Salud de 370.000 hab. Con 22 Equipos de Atención Primaria, 8 Servicios de Urgencias, 9 Unidades de Salud Bucodental, 22 Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica, 10 Unidades de Fisioterapia, 3 Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y 4 Unidades de Trabajo Social. 930 Trabajadores.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto intenta conseguir una mayor efectividad en el control del problema/ gasto en los Capítulos I y II (gastos de personal, material sanitario, de necesidades oficina y medicamentos de botiquín), implicando en ello a los
profesionales a partir de la introducción de objetivos presupuestarios en los Contratos de Gestión (C.G.) de cada Unidad Clínico Asistencial (UCA) y fomentando a su vez la descentralización de la gestión.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio retrospectivo. Se implicó a todas las Uca's y profesionales del soluciones aportadas Área. Período de estudio: 2004-2008. Intervención:
- Determinación en Consejo de Dirección de las partidas presupuestarias a descentralizar.
- Descentralización sólo de aquéllos gastos con posibilidad de gestión por las UCAS que son: sustituciones por permisos, vacaciones y formación y gastos de material consumible (material de oficina, material sanitario y botiquín).
- Inclusión de presupuesto en C.G., negociación con las UCAS si hubiese discrepancias.
- Seguimiento con envío de cuadros de mando a las Unidades implicadas trimestralmente.
Resultados obtenidos.
2004: Asignado: 2.915.435 €. Gastado: 3.009.343 €. Desviación: 3,22% 2005: Asignado: 3.088.775 €. Gastado: 3.073.634 €. Desviación: 0,49% 2006: Asignado: 3.420.524 €. Gastado: 3.119.885 €. Desviación: 8.78% 2007: Asignado: 4.257.513 €. Gastado: 4.078.950 €. Desviación: 4.19% 2008: Asignado: 4.601.463 €. Gastado: 4.327.467 €. Desviación: 5,95%
Lecciones aprendidas.
- La inclusión de objetivos presupuestarios en los Contratos de Gestión de las UCAS se muestra como un método eficaz de control del gasto.
- La descentralización presupuestaria ha mostrado su eficacia como elemento de implicación y concienciación de los profesionales en el control del gasto.
- La información trimestral facilitada a través de sencillos cuadros de mando ha sido otro elemento motivador para la gestión y control presupuestario.

C-121

UNA BASE DE DATOS: HERRAMIENTA DE PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS EN LA UGC DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

BERNA RODRÍGUEZ, JA; ARCAS LÓPEZ, M; HERRERA GÓMEZ, A; PÉREZ TRIANO, C; MUÑOZ CONDE, M y ALCÁNTARA CAMPOS, P. Hospital de la Axarquía

Palabras Clave: Personalización, Enfermera Referente, Cuidados, Base Datos

RESUMEN

Contexto de partida.
Un grupo de trabajo formado por enfermeras y auxiliares de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, en el marco de los resultados de una Investigación Acción Participativa sobre Personalización de los Cuidados

Descripción del problema/necesidades.
Se necesitaba un registro que nos permitiese evaluar los indicadores (número de pacientes con enfermera referente, pacientes valorados con escalas de valoración, Plan de Cuidados recogido en gráfica, etc.), y la calidad del registro de enfermería de la unidad

Desarrollo y soluciones aportadas.
En una primera fase se valoran los datos necesarios para registrar, para seguidamente elaborar una base de datos informática que pueda recoger y explotar dichos datos. Se puso un primer período de un mes de pilotaje, para valorar las necesidades de añadir más ítems o no, y se implantó definitivamente

Resultados obtenidos.
- Una base de datos que registra los profesionales referentes de cada paciente asignado, si se ha realizado la valoración del paciente y su plan de cuidados con criterios de calidad, además de la valoración del dolor.
- Actualmente tenemos datos de resultado: Cuántos pacientes han sido asignados a cada enfermera, cuántos fueron valorados, a cuántos se les registró su planificación de cuidados con criterios de calidad, y a cuántos se les valoró el dolor

Lecciones aprendidas.
En la seguridad de nuestros pacientes y la calidad de nuestra asistencia, es muy importante y necesaria la medición de indicadores que nos muestren el resultado de nuestras actuaciones clínicas. El uso de herramientas informáticas se hace imprescindible en la medición de resultados, para el conocimiento en tiempo real de cuántos y qué pacientes tienen un profesional asignado, y si se le están brindando los cuidados de calidad que se pretenden. El que los profesionales se vean reflejados como responsables de sus pacientes, mejora la implicación de los mismos en los cuidados, y el reconocimiento a su labor en la mejora continua de la calidad asistencial. Además disponen de información actualizada en su desempeño diario.

C-122

EVALUACIÓN IMPLANTACIÓN MODIFICACIÓN CIE9. 2008. IMPLICACIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA EPIDEMIOLÓGICO Y DE INVESTIGACIÓN

MOSTAZO MUÑOZ ANTONIO; BRAVO RUBIO ADELA; JURADO PACUAL CRISTINA; CAÑAS ROCA MARIA ELENA; MILLAN GONZALES ESTHER Y MARTINEZ CABRERA BELEN.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Palabras Clave: CMBD, CIE9, Epidemiología, Investigación, Calidad, Codificación

RESUMEN

Contexto de partida.
HRU Carlos Haya (Málaga). Médicos, documentalistas, técnicos codificación

Descripción del problema/necesidades.
Garantizar la calidad del CMBD para su uso como herramienta útil para estudios epidemiológicosy de investigación. Evaluar consecuencias (causalidad epidemiológica) de la puesta en marcha de nuevos códigos diagnósticos (modificaciones de la CIE) sin un método que garantice la correcta interpretación de las normas de su uso.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se analiza el CMBD 2008 HRU C. Haya, se evalúa la utilización de los nuevos códigos diagnósticos y de procedimientos de la modificación de la CIE 2008.
Se elige el código mas utilizado como diagnóstico 2º, en este caso el 649.0X "trastorno por tabaquismo que complica el embarazo, parto o puerperio".
Se crea grupo de trabajo donde se discute la interpretación de la utilización de este código, teniendo en cuenta la relación de causalidad entre tabaco y complicación en embarazo parto y puerperio, que su uso puede implicar. Se llega al consenso de reservar su utilización para cuando dicha relación quede fehacientemente recogida en la historia clínica utilizándose el código 305.1 para cuando solamente quede recogido el uso y/o abuso de tabaco.
una vez conseguido dentro del grupo de codificadores, un nivel de concordancia adecuado, medido a través del índice de Kappa, se recodifica una muestra estad. significativa de HC codificadas originariamente con el código 649.0X.
Se comparan los resultados obtenidos con ambas codificaciones mediante test de comparación de medias para datos cualitativos.

Resultados obtenidos.
Se comprueba, como distintas interpretaciones posibles de las instrucciones contenidas en la norma, puede afectar a los resultados, y su efecto en la utilidad del CMBDAH para usos epidemiológicos y de investigación.
Surge la necesidad de elevar consulta a organismos competentes para clarificar las instrucciones de aplicación del nuevo código 649.0X.
Surge la necesidad de establecer un método planificado para la puesta en marcha de futuras modificaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Lecciones aprendidas.
Cuando se pone en marcha una nueva modificación CIE-9 es imprescindible homogeneizar criterios, realizar sesiones de formación a los implicados en la codificación e informar a todos los estamentos implicados (Servicios, Clínicos, Admisiones...) al objeto de garantizar su correcta interpretación y su homogénea puesta en marcha.

C-123

ANALISIS DE INDICADORES DE RESULTADOS DE CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (HGCR)

BALLESTER, N*.; ROMERO, M.; LLORENTE, C. y CALAHORRA, L..
Hospital general de Ciudad Real

Palabras Clave: Calidad Asistencial, Evaluación, Indicadores

RESUMEN

Contexto de partida.

El compromiso del SESCAM con la calidad en los centros sanitarios se formaliza a través del Plan de Calidad, éste establece objetivos de mejora considerados claves para la excelencia en la gestión de la calidad. El HGCR, desde el año 2004, aplica un sistema de evaluación continua de sus ítems e indicadores clave incluyendo áreas clínicas y áreas no asistenciales.

Descripción del problema/necesidades.

Anualmente, el Coordinador de Calidad expone en la Comisión de Dirección de Calidad y en la Sesión General del HGCR los resultados de la evaluación. Sin embargo, hasta este año, los indicadores no han sido utilizados como punto de partida para establecer un sistema de mejora continua como se hace habitualmente con los objetivos. La autoevaluación de los indicadores del Plan de Calidad ha de servirnos para valorar el recorrido de los parámetros de calidad y establecer acciones de mejora en los aspectos más débiles del análisis.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se desarrolla un cuadro de mandos con representación gráfica que compara la evolución de los indicadores a lo largo de estos cinco últimos años, que nos ha permitido:

1.Presentar el conjunto de indicadores
2.Realizar análisis evolutivo de cada uno
3.Conocer las tendencias
4.Comparar el resultado con los estándares basados en la evidencia
5.Identificar áreas débiles
6.Planificar acciones de mejora

Resultados obtenidos.

Tras el análisis cuantitativo, que nos determina unas acciones de mejora inmediatas, se realiza un análisis cualitativo de los indicadores.

Se identifican los siguientes puntos fuertes:

1.Porcentaje de altas potencialmente ambulatorias
2.Ingresos tras CMA
3.Prevalencia de úlceras por presión
4.Prevalencia de infección nosocomial y de infección urinaria en pacientes sondados.
5.Incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)

Del lado contrario, se detectan las siguientes áreas de mejora:

1.Tasas de mortalidad, potencialmente evitable y neonatal.
2.Prevalencia de la infección de herida quirúrgica.
3.Porcentajes de suspensión y reprogramación de consultas.
4.Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.

Para el estudio en detalle de estas áreas débiles, se constituyen grupos de mejora. Los grupos diseñan y despliegan planes de acción específicos con acciones, cronograma y responsables.

Lecciones aprendidas.

La implantación de un sistema de monitorización continua de los indicadores clave del Plan de Calidad del SESCAM en el HGCR, nos permite establecer un sistema de mejora continua de la calidad a partir de la identificación de sus puntos fuertes y áreas débiles.

C-124

EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DE LA MODIFICACIÓN CIE-9, 2008. IMPLICACIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA DE GESTIÓN.

BRAVO RUBIO, ADELA.; MOSTAZO MUÑOZ, ANTONIO.; MILLAN GONZÁLEZ, ESTHER.; CAÑAS ROCA , Mª ELENA.; RUEDA MORA, SARA. Y REDONDO GARCÍA, Mª EUGENIA..
Hospital regional universitario carlos Haya.Malaga

Palabras Clave: CMBD,CIE9,Codificacion,Gestion, Recursos, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

HR Carlos Haya. médicos documentalistas, técnicos en codificación

Descripción del problema/necesidades.

Garantizar calidad CMBD para uso como herramienta útil en Gestión y Planificación Sanitaria. Evaluar consecuencias (complejidad de la casuística, necesidad de recursos) de la puesta en marcha de nuevos códigos diagnósticos (modificaciones de la CIE) sin método que garantice la correcta interpretación de las normas de uso

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se analiza el CMBD 2008 HRU C.Haya, se evalúa utilización de nuevos códigos de la modificación CIE9, 2008.Se elige el código más utilizado como Diagnóstico Principal,V58.11 “Admisión para quimioterapia antineoplásica”.Se observa como la e.media de estos episodios no se ajusta a la esperada para episodios con este diagnóstico principal.Se sospecha la incorrecta asignación del código diagnóstico.Se crea grupo de trabajo donde se discute la interpretación de la utilización de este código, teniendo en cuenta la implicación en la asignación de GRDs y por tanto en la complejidad de la casuística hospitalaria. Se llega al consenso de reservar su utilización para cuando el paciente ingrese única y exclusivamente para recibir la medicación, utilizándose códigos de la neoplasia y/o de sus complicaciones cuando sea este el motivo del ingreso independientemente de si se le aplica o no quimioterapia.Con este criterio y una vez conseguido dentro del grupo de codificadores, un nivel de concordancia adecuado, medido con índice de Kappa se recodifica una muestra estadísticamente significativa de HC codificadas originariamente con el código V58.11.Se comparan los resultados obtenidos con ambas codificaciones mediante test de comparación de medias para datos cualitativos.

Resultados obtenidos.

Se comprueba, como distintas interpretaciones de las instrucciones de la norma, afectan a los resultados, y su efecto en la utilidad del CMBD para usos de Gestión y Planificación de recursos.Surge necesidad de establecer método planificado para puesta en marcha de futuras modificaciones de la CIE9,Surge necesidad de poner en marcha plan de formación, información a los distintos actores implicados en el correcto uso de este código (codificadores, médicos, personal de admisión…),Surge la necesidad de medir el éxito o fracaso del plan puesto en marcha.

Lecciones aprendidas.

Cuando se pone en marcha una nueva modificación CIE9,es imprescindible homogeneizar criterios,realizar sesiones de formación a los implicados en codificación e informar a todos los estamentos implicados (Servicios, clínicos,Admisiones) al objeto de garantizar su correcta interpretación y su homogénea puesta en marcha.

C-125

REORGANIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN TORNO A LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

MOLINA MÉRIDA, O *; DEL RIO REYES, S; SÁNCHEZ ACHA, Y; BOTELLA ROMERO, M ; HERNÁNDEZ PÉREZ-LANZAC, C Y ROMERO LÓPEZ, T. .
Hospital Comarcal de la Axarquía

Palabras Clave: Gestión Clínica, Enfermería, Estructura organizativa

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital Comarcal de la Axarquía se plantea la introducción de cambios organizativos para adaptar los servicios tradicionales al modelo de Unidades de Gestión Clínica (UGC), mediante la aplicación de estrategias innovadoras que mejoren la eficiencia, efectividad y la equidad
Descripción del problema/necesidades.
Hasta ahora, los supervisores de enfermería contaban con una estructura organizativa tradicional, distribuida por áreas de hospitalización por una parte y consultas externas por otra. Esta estructuración no correspondía con la idea de dar unidad, autonomía y flexibilidad organizativa a las distintas unidades de gestión. Tampoco facilitaba la continuidad en el proceso de atención, la integración asistencial entre áreas o la adecuación de los profesionales de enfermería en función de sus competencias
Desarrollo y soluciones aportadas.
Las exigencias de una organización dinámica, como la nuestra, requiere del compromiso de los gestores en la mejora continua, y en la implementación de medidas innovadoras que garanticen la efectividad y la eficiencia para dar respuesta a la calidad en la asistencia sanitaria. La gestión clínica es un proceso de rediseño organizativo que fomenta la autonomía, la corresponsabilidad y evita la atomización. Para facilitar el avance, nos planteamos la modificación de la estructura organizativa y funcional de los cargos intermedios de enfermería, de forma que, cada Unidad de Gestión Clínica contara con un supervisor para gestionar los cuidados en Hospitalización y Atención Ambulatoria, de esa UGC, la formación de los profesionales, impartida por los propios miembros dentro de la UGC que permite su multifuncionalidad dentro de la Unidad y la creación de la figura de referentes como miembros asesores y difusores para líneas estratégicas de calidad
Resultados obtenidos.
Esta nueva forma organizativa ha favorecido: la comunicación dentro de la propia U.G.C, la motivación y la adquisición de las competencias de los profesionales, que permita la gestión de los recursos asignados y favorezca una atención de calidad, así como, la implicación de los profesionales en la gestión de la unidad
Lecciones aprendidas.
Los nuevos modelos de prestación de servicios de salud han variado enormemente y han conducido a que los profesionales gestores y asistenciales evolucionen en materia de procesos de atención de salud, por lo que nuestro propósito debe ser adquirir conciencia de nuestro importante papel en el proceso de cambio y adecuación del nuevo modelo de gestión, mediante la dotación de la estructura organizativa y control de la gestión adecuada

C-126

EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS 2.004-2.008 DE UNA UNIDAD CLÍNICA DE PEDIATRÍA

AGUIRRE, T; REY, Mª P; HERNÁNDEZ, A; FERNÁNDEZ, F; LUBIAN, S Y LÓPEZ, C.
HOSPITAL UNIVERSITARIO

Palabras Clave: Unidad Clínica, Pediatria, Resultados, Mejora continua.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se evalúan los resultados de la Unidad Clínica de Pediatría (UCP) del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz (HUPM) en el periodo 2.004-2.008, en los que están implicados 32 pediatras, 67 enfermeras, 58 auxiliares de enfermería, 4 administrativos y 5 celadores.
Descripción del problema/necesidades.
Se trata de una UC compleja, tanto por el número de profesionales implicados (166) como por la diversidad de la cobertura: UCI pediatrica, UCI neonatal, Neonatología, Urgencias Pediatricas, Hospitalización pediátrica general, Hospital de Día, Consultas Externas y las diferentes subespecialidades o desarrollos pediatricos que, en su mayoría, han ido implementandose en los últimos 3 años : Cardiología, Neurología, Neumología y Alergia, Endocrinología, Digestivo y Nutrición, Infecciosos, Nefrourología, Atención Medio Ambiental, Dismorfología y Genética Clínica. Dispositivo para cubrir las necesidades de 201.448 niños menores de 14 años, a los que habría que sumar, los niños que recibimos procedentes de Ceuta y el vecino reino de Marruecos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Partiendo de los resultados de 2.004 y del proyecto de gestión clínica presentado en 2.005, nos planteamos :
1.-Configuración organizativa del Servicio como Unidad Clínica.
2.-Establecimiento de un Acuerdo de Gestión Clínica con la Dirección del Hospital.
3.-Ampliación de la Cartera de Servicios de la UCP para dar cobertura referencial al conjunto de niños de la provincia, incrementando la oferta especializada de servicios pediatricos.
Resultados obtenidos.
En el periodo 2.004-2.008, se ha producido una racionalización en las hospitalizaciones, pasando el número de altas pediatricas de 1.632 a 1.096 y el de altas neonatales de 769 a 587. Las estancias evitables en Pediatría han pasado de 3.715 a 22, por lo que el Indice de Utilización de Estancias ha mejorado en el periodo de 1,40 a 1,0. Igualmente, el Indice de Complejidad en Neonatología ha evolucionado desde 1,33 a 3,05. Las primeras consultas pasaron de ser 1.564 a ser de 2.329 y la ratio sucesivas / primeras mejoró desde un 3,73 a un 1,96, con unas esperas menores de 60 días en el 100% y menores de 40 días en un 98,27%. La prescripción por principios activos pasó del 14,26% al 74,46%. En relación a los cuidados de enfermería, los informes de valoración inicial y de continuidad de cuidados inexistentes en 2.004, alcanzaron un 98,23% y un 89,98% en 2.008.
Lecciones aprendidas.
Debemos continuar en la UCP en un proceso de mejora continua : - acreditacion de la UCP en 2.009 - 2.010.
- profundización en autonomía, responsabilidad y riesgo.

C-127

CLIMA EMOCIONAL Y COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA, EN COMPARACIÓN CON DOS SERVICIOS HOSPITALARIOS TRADICIONALES

Enrique Alonso; Joan Carles March; Alina Danet y Asunción Rubio.
Hospital Universitario Puerta del Mar.

Palabras Clave: Clima emocional, gestión sanitaria, unidad de gestión, servicio hospitalario

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se propone evaluar la influencia del modelo organizativo en el clima emocional, la calidad de la comunicación, el tipo de liderazgo, el modelo de dirección y la relación con los compañeros en tres equipos de trabajo. Todos ellos manejan patología oncológica y pertenecen a un mismo hospital, pero se diferencian en su modelo organizativo: una Unidad Clínica y dos servicios convencionales. Así mismo, se estudia el efecto de estas variables en indicadores de resultados obtenidos en los servicios y unidad clínica.

Descripción del problema/necesidades.
La comunicación interna y el clima emocional se entienden como constructos complejos que incorporan dimensiones personales, grupales y organizativos y, al mismo tiempo, son influidos por el tipo de liderazgo y dirección ejercida. La calidad del clima y la comunicación influye directamente en los resultados de trabajo y en la satisfacción de los/as pacientes.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha empleado un cuestionario de elaboración propia, validado previamente, que recoge preguntas en escala Likert. Todos los profesionales de los tres equipos fueron invitados a participar en la encuesta, asegurando su anonimato. Los datos se han analizado usando comparación de medias y regresión lineal.

Resultados obtenidos.
La unidad de gestión clínica registra valores de clima emocional superiores a los de los servicios hospitalarios: casi 1 punto y 1,5 puntos respectivamente. La valoración del tipo de liderazgo (responsables directos) ejercido es cercANA al valor máximo, mientras que en los servicios disminuye drásticamente (-1,5 y –2,5 puntos). Los gerentes, directores y responsables de los centros se valoran menos que los responsables directos: 4,69 puntos de media en la unidad . La valoración disminuye en los servicios

C-129

PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS EN EL HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN SIERRA NORTE

SIANES BLANCO, A; PÉREZ RAMOS, J.; MARQUEZ PASTOR, FJ.; HIDALGO LLONIS, FJ; RODRÍGUEZ MASSIA, A. y RUBIO LINDE, M. F..
Hospital Alta Resolución SIERRA NORTE

Palabras Clave: Gestión Clínica, Cuidados, Seguridad, Promoción, Continuidad Asistencial, Efectividad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla e impulsa desde la Coordinación de Cuidados del HAR Sierra Norte, dado el análisis de momento oportunidad por la apertura del Centro, planteando la gestión clínica de cuidados como elemento irrenunciable de desarrollo del mismo. Para su planificación, se cuenta con los diferentes documentos de gestión (Contrato Programa, despliegue de objetivos, etc.) que guían y orientan el desarrollo del Centro y con las aportaciones de profesionales por medio de la Evaluación de Desempeño Profesional, impulsando la participación de los mismos.
Descripción del problema/necesidades.
El Programa Gestión Clínica de Cuidados trata así de dar respuesta a los documentos de gestión y a las necesidades de los profesionales, impulsando la metodología enfermera. Una vez recogidos los datos necesarios para su desarrollo, se realiza un taller con profesionalespara su análisis y se decide desarrollar 7 PUNTOS ESTRATÉGICOS:SEGURIDAD EN CUIDADOS, PROMOCIÓN/EDUCACIÓN PARA LASALUD, PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (PAIs), GESTIÓN DE CASOS, CONTINUIDAD ASISTENCIAL, EFECTIVIDAD EN CUIDADOS y GESTION DEL CONOCIMIENTO
Desarrollo y soluciones aportadas.
De cada una de estas líneas estratégicas, se despliegan objetivos a soluciones aportadas alcanzar con sus correspondientes y acciones para el presente año, programándose un primer momento de difusión (marzo) y 3 momentos de evaluación: Junio, Septiembre y Diciembre
Resultados obtenidos.
Evaluación Junio: implantado el 55.8% de lo planificado (Num. acciones planificadas/Num. acciones conseguida: SEGURIDAD ENCUIDADOS: 5/3, PROMOCIÓN/EDUCACIÓN SALUD: 4/2, PAIs: 2/1,GESTIÓN CASOS: 2/1, CONTINUIDAD ASISTENCIAL: 4/2, EFECTIVIDAD EN CUIDADOS: 7/4 y GESTION DEL CONOCIMIENTO: 10/6
Lecciones aprendidas.
Destaca la implantación de temas transversales como la creación de comisiones de seguridad, uso seguro del medicamento y gestión de conocimiento, así como otras áreas de desarrollo enfermeras (elaboración de Hojas de recomendaciones al alta, Informes Continuidad de Cuidados, valoración inicial por necesidades, constitución de Consultas enfermeras específicas -Ej. digestiva-, Planes de Cuidados para procesos implantados y formación en metodología de cuidados).
El momento oportunidad de la apertura del Centro, aporta fortalezas para implantar modelos emergentes como el de Gestión Clínica en Cuidados a tenor del % conseguido en 3 meses de desarrollo. Queda patente la necesidad de ir desarrollando acciones más ambiciosas una vez establecidos los cimientos que consolide la gestión clínica de Cuidados en un Centro donde la organización y calidad del Cuidado se erige en pieza indispensable para la Alta Resolución.

C-130

GESTION DE RECURSOS EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA

GUTIERREZ TOUS Mª R*; FE R; VALDIVIELSO A; VAHI M; RIOS E Y SÁNCHEZ ALARCON MA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

Palabras Clave: Reglas Informáticas, Anemia

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. SAS. Médicos Hematólogos y Subdirección Médica.
Descripción del problema/necesidades.
Análisis del estado previo a la intervención
Con anterioridad a la puesta en marcha de este Protocolo, la demanda de solicitudes analíticas procedentes del Area, de Ferritina, Vitamina B12 y Folato, se estaba incrementando progresivamente hasta alcanzar cifras desproporcionadas, no estando en su mayoría justificadas.
Por otro lado, el paciente procedente del Area, con una anemia carencial ó una talasemia no conocidas, precisaba de al menos dos visitas al médico de cabecera y una al especialista hematólogo, para establecer un diagnóstico.
Aspectos que se pretenden mejorar con el proyecto de mejora puesto en marcha.
Con este protocolo se pretende una utilización racional de los procedimientos analíticos para el diagnostico de las anemias carenciales.
Análisis de las oportunidades de mejora de la situación.
La informatización del Laboratorio, nos permite el control de las pruebas analíticas solicitadas, mediante reglas diseñadas específicamente según unos criterios definidos y la creación de otras pruebas no solicitadas, condicionadas a los resultados obtenidos en cada caso.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Metódica:
a).-incorporación de pruebas analíticas no solicitadas previamente a un paciente con anemia y/ó alteraciones del VCM.
b).-no realización de las determinaciones de Ferritina, vitamina B12 y folato solicitadas, que no estén justificadas por el hemograma.
Por iniciativa personal se presenta este Protocolo, de diseño original, en sección clínica ordinaria del Servicio de Hematología y a la Dirección Gerencia del Hospital, en Septiembre 2006, teniendo el visto bueno para su incorporación; posteriormente se procede a su difusión a los profesionales del Area.
Resultados obtenidos.
Efectuamos personalmente un seguimiento de la secuencia del procedimiento y una evaluación de los resultados; el grado de cumplimentación de los objetivos ha sido de un 100%, dado que las reglas informáticas básicas se instauraron todas desde el inicio.
En el desarrollo del Protocolo hemos vigilado las interacciones posibles entre las diferentes reglas; también representó un momento de revisión de las reglas informáticas establecidas, cuando el programa informático del Laboratorio OMEGA 2000 migró a OMEGA 3000.
Lecciones aprendidas.
El control informatico de los circuitos en el trabajo del Laboratorio abre un mundo de posibilidades en la gestión del gasto y las posibilidades diagnósticas, en definitiva en la utilización racional de los recursos.

C-131

CONTRATO PROGRAMA ÚNICO PARA LOS CENTROS DE SALUD LA COMUNIDAD DE MADRID BASADO EN UN MODELO DE CALIDAD

ANA MIQUEL GÓMEZ; ANDRES LÓPEZ ROMERO; ANTONIO ALEMANY LÓPEZ; JUANA MATEO RODILLA; FERNANDO ESCUDERO BATALLA Y PATRICIA FLORES CERDAN.
SGYSOAP

Palabras Clave: Contrato Programa, Contrato Gestión, Modelo Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

El Contrato Programa de Centro (CPC) de la Comunidad de Madrid (CM) es el documento que recoge los objetivos de gestión y asistenciales de los Centros de Salud. Para asegurar un planteamiento estratégico global, en su redacción, han participado representantes de todas las Direcciones Generales de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, Equipos Directivos de Gerencias de Atención Primaria, y la Agencia de Formación e Investigación Pedro Laín Entralgo, bajo la coordinación y el liderazgo de la Dirección General de Atención Primaria.

Descripción del problema/necesidades.

El Plan de Mejora de la Atención Primaria 2006-2009 y el Decreto 22/2008, de 3 de abril del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad, dibujan el marco en el que nace CPC. En ellos se define la estrategia de impulsar una mayor autonomía de gestión de los Centros de Salud.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Siguiendo directrices de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria se soluciones aportadas iniciaron reuniones de consenso entre los participantes. Se revisaron todos los indicadores de la Organización y los Contratos de Gestión de Área y Equipos existentes previamente en Madrid y otras Comunidades Autónomas. Se definieron objetivos e indicadores y se eligió el Modelo EFQM como marco para su presentación por la sistemática y el potencial facilitador del modelo para el despliegue de objetivos.

Fases: Identificación de objetivos e indicadores y diseño del CPC con modelo EFQM Elaboración de Matriz estratégica Obtención de datos para definición de metas Difusión del CPC entre las Gerencias Implantación del CPC en los Centros de Salud Inicio del Proyecto de mejora del diseño e implantación de los CPC.

Resultados obtenidos.

Principales efectos: Elaboración de un CPC único para todos los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid Enfoque de gestión basado en los conceptos fundamentales de Excelencia Impulso del papel de todas las categorías profesionales Planteamiento de objetivos de mejora alcanzables.

Su implantación abre un proceso de mejora continua y de desarrollo con dos puntos críticos: Sistema de incentivación ligado a la consecución de objetivos Seguimiento de Objetivos.

Lecciones aprendidas.

El CPC es el principal instrumento para garantizar la descentralización a través del establecimiento homogéneo de objetivos.

Las personas son el motor de la Organización.

El modelo EFQM otorga un patrón sistemático y permite la alineación de los Objetivos Estrategias del Plan de Mejora de la Comunidad y su despliegue en objetivos operativos.

La mejora continua permite consolidar estrategias.

C-132

INNOVAR EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: RECORDATORIO SMS PARA LAS CONSULTAS EXTERNAS

RABANAL RETOLAZA, S*; GALLEGO CAMIÑA, I; CHUECA AJURIA, A; SEGUROLA ÁLVAREZ, M B; GUAJARDO REMACHA, J Y RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, R.
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO OSPITALEA (OSAKIDETZA)

Palabras Clave: Tecnologías información/comunicación (TIC), Satisfacción cliente

RESUMEN

Contexto de partida.

La experiencia que se presenta se ha realizado en el Hospital de Galdakao- Usansolo, hospital general de agudos con aproximadamente 400 camas, que da cobertura a unos 300.000 habitantes. La Dirección Gerencia lideró el proyecto en el que han participado el Servicio de Informática, Admisión de Consultas Externas y el proveedor de tecnología. La implantación se ha realizado en el HGU y en los ambulatorios de nuestra cobertura.

Descripción del problema/necesidades.

En el proceso de consultas, al igual que en otros asistenciales, un porcentaje de pacientes no acuden a la cita y como consecuencia quedan huecos vacíos que no se pueden ofertar a otro paciente que está en lista de espera, por el escaso tiempo de reacción. Con el proyecto de SMS se buscaban dos objetivos: 1) Mejorar la accesibilidad y eficiencia del dispositivo, 2) Innovar en las relaciones con el cliente mediante el uso de las TICS, mejorando así la comunicación con nuestros clientes y la imagen del HGU.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se trata de un sistema de envío de SMS; diariamente se relacionan las citas en un plazo establecido, recibiendo el paciente la fecha de su próxima consulta. Identifica si el mensaje ha sido leído, reenviándose si no otro SMS a las 48h. El proyecto se inició en diciembre 08 pilotándose con algunos móviles del personal del HGU. En enero 09 se implantó en las consultas intrahospitalarias del HGU y en uno de los ambulatorios. Desde su implantación se ha ido ajustando el sistema y en Marzo se amplió el alcance al resto de ambulatorios. Mensualmente se monitorizan las inasistencias y anulaciones, aplicándose en el mes de mayo una encuesta de satisfacción sobre una muestra de 200 pacientes, para analizar el grado de satisfacción.

Resultados obtenidos.

1) El promedio % de inasistencia de enero a abril de 2009 es de un 3,94% frente al 5,04% de los mismos meses en 2008. 2) El % de anulaciones mediante este sistema es creciente, pasando de un 0,95% de anulaciones en enero a un 1,50% en mayo. Esto permite la reasignación de huecos. 3) En cuanto al grado de satisfacción general, el 99% valora como positivo el sistema y un 70% lo ha valorado como excelente.

Lecciones aprendidas.

1) Herramienta útil para mejorar la accesibilidad y eficiencia del dispositivo de consultas externas, 2) Importancia de realizar un pilotaje y ajuste continuo durante su implantación. 3) Impacto positivo sobre la percepción de los pacientes, 4) Constituye un canal innovador en las relación con el paciente, 5) Proyecto exportable a otros dispositivos del HGU.

C-133

MEJORA EN EL PROCESO FRACTURA DE CADERA MEDIANTE LA TECNICA DE BENCHMARKING

RODRÍGUEZ-GARCÍA, J*; MARTÍNEZ-ORTEGA, MC; FARIÑAS-ÁLVAREZ, MC; ALCARAZ-MARTÍNEZ, J; LORENZO-MARTÍNEZ, S Y GONZÁLEZ-PÉREZ, ME.
HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Palabras Clave: Benchmarking, Fracturas de cadera, Evaluación de Proceso.

RESUMEN

Contexto de partida.
Benchmarking significa “mejorar aprendiendo de otros”. Se constituyó en 2006 la red de benchmarking entre hospitales del SNS: RED-7.

Descripción del problema/necesidades.
Se seleccionó el proceso Fractura de cadera por su frecuencia e impacto. El objetivo del estudio es aplicar el benchmarking entre los hospitales en el proceso fractura de cadera.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Definir límites, Identificar elementos de “homotecia”, seleccionar indicadores, elaborar y cumplimentar el cuestionario de benchmarking, Intercambiar y analizar la información, identificar los “Drivers”, adaptar las mejores prácticas en cada hospital. La evaluación de la metodología de benchmarking se realizó mediante un estudio cuasi-experimental pre-post. Los indicadores seleccionados fueron: estancia media (EM), estancia media preoperatoria (EMP) en días y peso medio (PM). Los resultados se muestran mediante la Diferencia de Medias entre los 2 períodos (2004-2007 vs 2008).

Resultados obtenidos.
Elementos de homotecia: población atendida, intervención urgente y servicios implicados. Todos los hospitales fueron homotécicos para este proceso. Los Drivers identificados: Quirófano semiurgencias, Unidad de valoración sociosanitaria, Internista coordinador, Vía clínica implantada. De los 7 hospitales: En 5 fueron presentados los resultados a Dirección y profesionales, en 4 se seleccionaron los Drivers a implantar. Dos hospitales adaptaron e implantaron los divers identificados. La diferencia de EM disminuyó en 3 hospitales (-0,25 a -4,57). La diferencia de EMP disminuyó en 4 hospitales (-0,03 a -1,21). La diferencia en PM aumentó en 4 hospitales (+0,05 a +0,72).

Lecciones aprendidas.
De los 2 hospitales que llegaron a adaptar los Drivers, en unos de ellos se observó una reducción importante en la estancia media global y preoperatoria para una población con mayor peso medio. La técnica del Benchmarking comparativo se muestra como una técnica eficaz para la mejora del proceso de fractura de cadera en los hospitales. Es fundamental la adaptación cuidadosa de los Drivers identificados y la medición rigurosa de la mejora conseguida.

C-134

DEMANDA HOSPITALARIA DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

ENCARNACIÓN ARACELI SEVILLA HERNÁNDEZ; FRANCISCA MORALES; MARÍA DE LOS ÁNGELES GIMÉNEZ ABADÍA; CRISTINA CORROCHANO GARCÍA Y LAURA GARROTE MORENO.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en el Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario Morales Meseguer y supuso la implicación del equipo asistencial adscrito.

Descripción del problema/necesidades.
La actividad asistencial del Servicio de Rehabilitación se divide en atención ambulatoria y atención de la demanda procedente de la unidad de hospitalización. Ante la percepción, por parte de los profesionales implicados, de la dificultad de combinar ambas actividades en la misma jornada laboral se decidió liberar una agenda diaria de un facultativo para conseguir una dedicación exclusiva del mismo a la atención de los pacientes hospitalizados (tanto primeras visitas como revisiones) a partir del mes de octubre de 2008.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Con el fin de analizar las características de la demanda generada desde la unidad de hospitalización y determinar los posibles cambios derivados de la dedicación exclusiva de los facultativos en el último trimestre de 2008 se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de las consultas procedentes de los distintos servicios integrantes en el período comprendido desde enero a diciembre de 2008.

Resultados obtenidos.
Durante el año 2008 fueron evaluadas un total de 5174 consultas hospitalarias. Los servicios de Traumatología (TRA) y Medicina Interna (MIN) representaron más del 50% de la demanda, seguidos de las unidades de Neurología (NRL) , Oncohematología y Cuidados Intensivos (UCI) con un 14%, 11% y 9% de las consultas, respectivamente. El promedio de consultas mensual (431 ± 52) se mantuvo por encima de las 400 prácticamente todo el periodo de estudio a excepción de los meses de marzo, mayo y agosto (sobre las 350), siendo de 136 ± 37, 86 ± 35 y 60 ± 18 para los grupos de TRA, MIN y NRL, respectivamente. La tendencia general por especialidades fue la disminución de la demanda durante el período estival a excepción de la UCI con máximos en julio y agosto (por encima de las 80 consultas), apreciándose diferencias respecto a los meses de mayor actividad: segundo y cuarto trimestre en TRA, primer trimestre en MIN y cuarto trimestre en NRL.

Lecciones aprendidas.
Los principales generadores de demanda asistencial hospitalaria del Servicio de Rehabilitación fueron Traumatología, Medicina Interna yNeurología. Ésta se mantuvo prácticamente constante durante el periodo de estudio sin variaciones significativas en el balance mensual. La dedicación exclusiva de los facultativos permitirá mejorar la atención al paciente ingresado, adecuar/actualizar la terapia a la situación clínica y asegurar la continuidad asistencial al alta.

C-135

VISIÓN DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

MONTSERRAT HERNÁNDEZ PASCUAL; ANA MIQUEL GÓMEZ; ANTONIO ARRIBAS CACHA; SARA GASCO GONZÁLEZ; ESTER MUÑOZ BORREDA Y JUAN ANTONIO SARRION BRAVO.
SGYSOAP

Palabras Clave: Enfermería, Atención Primaria Papel

RESUMEN

Contexto de partida.

El documento “Papel de la enfermería en Atención Primaria” ha sido aprobado con el consenso de las sociedades científicas de Atención Primaria (AP).

Línea de actuación prioritaria del Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-09. Recoge el compromiso de la Consejería de Sanidad de Madrid con la libre elección de enfermera.

Descripción del problema/necesidades.

Responde a la necesidad de definir y potenciar el papel de enfermería y su capacidad resolutiva a través de un enfoque centrado en la promoción de la salud mediante los cuidados de salud y la intervención ante problemas de autocuidado.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Participaron representantes del Colegio y sociedades científicas soluciones aportadas enfermeras de Madrid en su redacción y la aprobación de todas las sociedades científicas de Atención Primaria y del Colegio Oficial de Médicos de la Comunidad. La Comisión Científico-Técnica del Plan de Mejora analizó la situación de enfermería en AP en el 2008, estableciendo cinco líneas de trabajo: -Competencias -Funciones – Oferta de Servicios -Organización de los Equipos de AP -Formación -Marketing, orientado hacía el ciudadano -Evaluación – Motivación: abordará el análisis de los sistemas de información incorporando la metodología enfermera.

El trabajo ha concluido con la elaboración del documento “Papel de la Enfermería en Atención Primaria”. Su implantación se ha hecho a través de los medios de comunicación y presentación y difusión a todos los profesionales de los 257 Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

Este documento es el marco para el desarrollo actual de líneas estratégicas a través de grupos de trabajo multidisciplinares. Abordan la potenciación de la actuación de enfermería en la Atención al niño, incluyendo la actuación ante la patología más prevalente, en la Atención a la Mujer, y la Atención al Inmovilizado desarrollando la figura de la enfermera como gestora de casos.

Resultados obtenidos.

C-142

INGENIERÍA DE COMPRAS Y GESTIÓN DE ALMACENES EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

SALVADOR VERGES, A.; FERNÁNDEZ , J; ROCA ROSERO, MA; GUTIERREZ, R.; NICOLAS, I. Y PUJOL, D..
HOSPITAL PLATÓ

Palabras Clave: reingeniería, bloque quirúrgico, almacén quirófanos, procesos

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital tiene un fuerte compromiso con la excelencia en la gestión.
Desde el año 2003 ha adoptado el modelo EFQM y el 2007 se ha acreditado según el modelo de acreditación de centros hospitalarios de Catalunya con un 89% de cumplimiento de los estándares esenciales.
Los procesos asistenciales del Hospital se gestionan siguiendo el modelo de gestión basada en procesos y son mejorados anualmente a partir del análisis de indicadores, incidencias, sugerencias y encuestas de satisfacción de pacientes y profesionales.

Descripción del problema/necesidades.

Desde la mejora continua del proceso de Atención Quirúrgica se ha priorizado y planificado para el 2009 una reingeniería en su proceso de soporte de logística y compras para el Bloque Quirúrgico para solucionar la problemática detectada:
-Almacenes de quirófano desorganizados, espacios desaprovechados y dificultad para asumir las nuevas necesidades de los servicios quirúrgicos (productos cada vez más específicos).
-Parte de los productos consumidos en quirófano son comprados directamente por el personal del Bloque Quirúrgico.
-Riesgo de roturas de stock.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La metodología que se sigue para la reingeniería de procesos consta soluciones aportadas de las siguientes fases: 1. Valoración global y selección de proyectos ,2.Análisis de la situación actual,3.Definición del modelo objetivo 4.Diseño del plan de acción,5.Ejecución del plan de acción,6.Soporte y seguimiento del proyecto En el proyecto han participado: la coordinadora y los referentes del área quirúrgica, compras, farmacia, unidad de mantenimiento y el servicio de prevención riegos laborales.

Resultados obtenidos.

-Se han redefinido todas las tareas que cubren el ciclo de vida de cualquier tipo de producto o equipo que se utilice en el bloque quirúrgico desde la prueba hasta la baja, pasando por la compra, la reposición y el mantenimiento. Ahora, todo el mundo conoce sus responsabilidades, en qué punto participa en el proceso y cómo hacer sus tareas.
-Se han organizado los almacenes de quirófano con la tecnología de doble cajón, mejorando el orden, eliminando el tiempo de enfermería dedicado a realizar pedidos, reduciendo los pedidos no programados a los almacenes centrales y farmacia y minimizando el riesgo de rotura de stock.

Lecciones aprendidas.

1.Que la gestión de los bloques quirúrgicos actuales es radicalmente distinta de hace 20 años, y que por tanto una modernización es imprescindible.
2. Tal vez la cronologia del estudio.
3.Creemos que la manera como se ha enfocado el tema de la reingeniería ha sido muy útil.

C-143

OPORTUNIDADES Y ALIANZAS HACIA UN MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA IGUALITARIO, COMO ÚNICA FORMA DE CALIDAD INTEGRAL.

FERNÁNDEZ ROSADO, FJ*; LUQUE GARCÍA, S; OUARIDI DADI, A; DIAZ CAMPOMAR, N; BENITEZ LAREDA, CE Y FERNÁNDEZ DEL BARRIO, MM.
UGC ZONA NORTE PUERTO DE SANTA MARIA

Palabras Clave: Intervención, Promoción, Procesamiento Señal Digital

RESUMEN

Contexto de partida.

Médicas (os), enfermeras (os), trabajadoras (es) sociales a lo largo de doce años, pertenecientes a los Distritos Sanitarios de Jerez CN y Bahía la Janda, en Jerez de la Frontera, Rota y El Puerto de Santa María.

Descripción del problema/necesidades.

Pretendíamos soluciones innovadoras a la desigualdad, a que el 90% problema/ del presupuesto sanitario vaya a los servicios (88% Hospitales, 12% necesidades Atención Primaria) cuando solo puede modificar la mortalidad en un
11%, el 10% restante de los recursos en modificar los estilos de vida (modifica la mortalidad en un 43%) y el medio ambiente (modifica la mortalidad en un 19%), según trabajos de Cochrane y Diderichsen. Por otro lado todos sabemos gracias a múltiples trabajos que a mas desigualdades mas morbimortalidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Por ello hicimos un PRECEDE al espacio sociosanitario de ambos Distritos Sanitarios tras 164 reuniones con diferentes administraciones, asociaciones vecinales, ong, sindicatos, partidos políticos, medios de comunicación... Un mapa de desigualdades en salud de una zona básica con intervención multidisciplinar y medida de la satisfacción. Una encuesta telefónica sobre seguimiento a anuncios nuestros, sobre sanidad, en televisión, radio, autobuses y cartelería. Realizamos un Decálogo sobre seguridad integral del paciente. 45 talleres sobre salud biopsicosocial en las UGC, en asociaciones con nivel económico medio, alto y bajo. Impulsamos Asociación de Ciudadanos de UGC y Consultas Biopsicosociales. Para las reuniones nos unimos a la Federación de Asociaciones de Vecinos, formamos parte del grupo de seguridad ciudadana, del foro social y del grupo de bienestar, informamos a nuestras UGC de las actividades para conseguir adhesiones, para todas las actividades que fuímos realizando. Buscamos alianzas en diferentes administraciones públicas.

Resultados obtenidos.

Del PRECEDE destacar: los grupos menos afines se van separando, al final cada uno defiende sus propios intereses. Una atención multidisciplinar aumenta la satisfaccion en ciudadanía con desigualdad. Un anuncio lo vieron el 53,1% de los encuestados, el 100% por ese medio. Los talleres en nuestras UAC tuvieron una media de 9 asistentes, en barrio de clase baja 6, en los de clase media-alta 20. La ciudadanía que más ayuda necesita no parece estar dispuesta a que se las forme, al menos grupalmente. Parecen preferir ayudas concretas, que les quite la sobrecarga que llevan.

Lecciones aprendidas.

La gestión clínica igualitaria debe llevarse adelante sin esperar apoyos. Un nuevo proyecto: Living Lab Social, busca una atención eficiente con NTIC personalizadas, dirigidas a familias con desigualdad.

C-144

MODELO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO SEMFYC. UN MODELO TEÓRICO PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA

JOSE ANTONIO PRADOS CASTILLEJO; VICTORIA GOSALBES; JUAN CARLOS ARBONIES; ELENA MUÑOZ SECO; SERGIO MINUÉ Y FRANCISCO CAMARELLES. C.S: LUCANO

Palabras Clave: gestión del conocimiento, calidad, sociedad científica

RESUMEN

Contexto de partida.

Semfyc es la Sociedad Científica mas importante de España, casi 20.000 socios. Su objetivo principal es la gestión del conocimiento relacionado con el médico de familia. Posee una estructura de apoyo y 3 grupos o empresas que le aportan servicio (Semfyc congresos, Semfyc ediciones, fundación Semfyc). En el presente trabajo han estado implicados profesionales relacionados con las distintas secciones de esta estructura, organización y expertos externos vinculados.

Descripción del problema/necesidades.

La estructura de apoyo clásicamente ha surgido en función de las necesidades diarias que la organización presentaba. Su crecimiento no siempre ha estado dirigido por tanto a los objetivos reales definidos en la organización. Establecer un modelo claro que explicite estos objetivos puede ayudar a analizar la estructura desde esta perspectiva, valorar los ajustes que requiere para el desarrollo de la organización.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para ello se realizaron varias reuniones con profesionales de dentro y fuera de la organización (grupos de trabajo, evaluación de competencias, formación y desarrollo profesional, universidad, clínicos,...), con dinámicas tipo grupo de discusión, sacando conclusiones que ayudaran a definir el modelo. A continuación, ha sido presentado a los directivos de la organización nacional. Posteriormente se ha presentado a los profesionales del Grupo Semfyc y de la estructura de apoyo.

Resultados obtenidos.

Modelo. 4 globos conocimiento: Generación y Captación, Herramientas de evaluación de necesidades, Herramientas de difusión y Lineas de Desarrollo profesional individualizado.El modelo de gestión por competencias aporta la articulación entre ellos existiendo un sistema de acreditación de calidad de los tres últimos. Un sistema de información basado en web y Second Life, asi como un cuadro de mandos se perfila como necesarios. Identificación de nuevas necesidades: dos globos tienen apoyo escaso en la actualidad. El SaAP no cubre las necesidades futuras requiriendo transformación. Se ha presentado y ha sido aceptado por toda la organización. La estructura se está organizando en base al nuevo modelo.

Lecciones aprendidas.

Aunque es necesario valorar resultados a largo plazo, creemos que los modelos teóricos que definen los objetivos de una sociedad Científica, pueden colaborar a identificar necesidades no percibidas, clarificar el modelo de referencia al que se dirige, e implicar a todos y cada uno de los profesionales que lo integran o la apoyan en una línea común.

C-145

EL PLAN COMPARTE, PROGRAMA DE ATENCIÓN COMPARTIDA PARA ENFERMOS CRÓNICOS. INDICADOR DE CALIDAD

ROMERO SERRANO,R.; TURANZA PÉREZ,I. Y HURTADO PEDROSO,C..
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ALJARAFE

Palabras Clave: Calidad, Atención Compartida Y Continuidad

RESUMEN

Contexto de partida.

EL trabajo ha sido realizado en el Hospital San Juan de Dios Alajarafe y el distrito sanitario Aljarafe. Para la elaboración de la comunicación que nos ocupa, hemos colaborado conjuntamente el equipo de Coordinación del Hospital San Juan de Dios y la Escuela de Enfermería de San Juan de Dios. Como el propio fin del mismo indica, el trabajo requiere de un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

Descripción del problema/necesidades.

Población diana:Pacientes frágiles.Pacientes con EPOC severa. Pacientes con insuficiencia cardiaca. Pacientes pluripatólogicos. Entre los objetivos generales del Programa Comparte se encuentran: mejorar la calidad de vida de esta población a través de la capacitación del paciente y del cuidador para que sean sujetos activos en el cuidado de su enfermedad crónica; aumentar el grado de coordinación interniveles; establecer un sistema de registro común de actividades y evaluar los resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este proyecto tiene sus comienzos en año 2006 con el análisis retrospectivo de la población atendida en el servicio de medicina durante los años 2004-2005 que ingreso en un número igual o superior a dos ocasiones por la misma patología. En el hospital se han realizado cursos de formación y se ha llevado acabo, desarrollo e implemetación de planes de cuidados, desarrollo e implementación de planes de cuidados ambulatorios, cursos de formación a las enfermeras del hospital, cursos de formación a las enfermeras de atención primaria, y recomendaciones por patologías individualizadas. El formato del material escrito es común en el hospital y en atención primaria.

Resultados obtenidos.

El análisis de la situación permitió definir en nuestro distrito y hospital las causas potenciales del reingreso así como las patologías más prevalente que lo condicionaban y ha servido de base para el diseño de un plan específico de actuación para enfermedades crónicas así como el estudio paralelo de las dos entidades que más frecuentemente atendemos en dicho sentido: la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Insuficiencia Cardíaca (IC)

Lecciones aprendidas.

Este programa tiene su operativización principal en la implementación, según la evidencias antes analizadas, de unos cuidados continuos en el manejo de las enfermedades crónicas y el desarrollo dirigido de unas actividades concretas entre los distintos niveles. profesionales y usuarios. La continuidad de estos cuidados va a constituir una responsabilidad fundamental de los profesionales sanitarios implicados en las dos esferas de actuación.

C-146

ACCION DE MEJORA PARA “APROXIMAR” Y DESPLEGAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS EN LA PRÁCTICA Y LA GESTIÓN CLINICA.

GALLART, A; CRUZ, A; CAROD, C; GORINA, N; BLAZQUEZ, J Y PUIG, E.
CAPIO HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA

Palabras Clave: Mejora Calidad, Mejora Asistencial, Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
El Comité Directivo y Núcleo de Calidad de Capio Hospital General de Catalunya (Joint Commission 1998-2009; Generalitat Catalunya 2008) ha impulsado una acción de mejora con la implicación de responsables y profesionales médicos y de enfermería de Hospitalización y Urgencias.
Descripción del problema/necesidades.
El problema consiste en que la Gestión de la Calidad en los procesos de hospitalización y urgencias no se planifica ni despliega adecuadamente en la asistencia y la gestión clínica real. Tanto la realidad asistencial como la gestión clínica están distantes de la Calidad. Como consecuencia, algunos resultados del paciente señalan la necesidad de mejorar: valoración del paciente, nº reclamaciones, satisfacción. También se observa un escaso análisis de estos indicadores. La gestión se realizó mediante el método PDCA (Plan, Do, Check, Act) de Mejora Continua de Calidad. En la Planificación se detectó el problema con auditorias internas/externas. El análisis se realizó con Brainstorming, Técnica Nominal de Grupo y Diagrama de Pareto.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Fases de Ejecución: 1º Búsqueda bibliográfica y asistencia a Jornadas. 2º Plan de Mejora (acciones, timing, responsable y seguimiento). 3º División del Proceso de Urgencias en los subprocesos Adultos y Pediatría; y división de Hospitalización en Área Médica, Quirúrgica y Materno-Infantil. 4º Stage extrahospitalario entre Dirección Médica y Enfermería con los principales servicios asistenciales para analizar el cuadro de mandos y elaborar el Plan de Calidad. 5º Sesiones de mejora entre el coordinador de calidad y 8 Jefes de Servicio Médicos y de Enfermería de Hospitalización y Urgencias. 6º Difusión mediante sesión formativa a los mandos y su despliegue a todo el personal.
Resultados obtenidos.
1º Elaboración del Cuadro de Mando para responsables médicos y de enfermería. 2º Aumento del análisis de indicadores (18,18% al 50%). 3º Acciones de mejora de los 8 principales servicios de Hospitalización y de Urgencias Adultos y Pediátricas por primera vez dentro del Sistema de Calidad. 4º Mejores resultados de satisfacción. Hospitalización: Tiempo diagnostico y tratamiento (+4.7) e Información al paciente por Enfermería (+4.7). Urgencias: Tiempo espera para ser informado (+9.2), Tratamiento dolor (+8.9) 5º Descenso Reclamaciones (193 a 133). 6º Mejora de la valoración de enfermería (74% a 99%).
Lecciones aprendidas.
Subdividir los procesos de Hospitalización y Urgencias proporcionándoles un cuadro de mandos ágil permite incorporar a la Gestión de la Calidad a sus responsables observándose una mejora en los indicadores asistenciales.

C-147

VARIACIONES EN LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA SEGÚN EL NIVEL DE CARRERA PROFESIONAL DEL MÉDICO

RESPONSABLE DE LUIS SÁNCHEZ, A.; ALOY-DUCH, A.; LLOPART, JA. Y VILA, J..
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: Estancia Media, Carrera Profesional, Profesionalismo

RESUMEN

Contexto de partida.
El Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Municipal de Badalona (HMB) atiende a los pacientes afectos de procesos agudos, no quirúrgicos, de dicho centro. El HMB está integrado en una “organización sanitaria integral”, denominada “Badalona Serveis Assistencials” (BSA), que incluye además del citado hospital, un centro socio-Sanitario y siete centros de asistencia primaria del área; y da cobertura sanitaria a aproximadamente a 125.000 habitantes.
Descripción del problema/necesidades.
Disminuir la estancia media hospitalaria (EMH) es un objetivo de interés general ya que permite aumentar la rotación de las camas. La EMH depende de numerosos factores entre los que cabe destacar la agilidad para realizar exploraciones complementarias y disponer de sus resultados, el número de ingresos o estancias inadecuadas, la complejidad de los pacientes, la necesidad de tener camas disponibles y el tener desarrollados sistemas alternativos a la hospitalización convencional, entre otros. También interviene la facilidad para poder derivar pacientes a centros socio-sanitarios o residencias asistidas y probablemente ciertas “características personales” de los médicos que atienden a los pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En nuestro centro, los facultativos pueden acceder voluntariamente a la “Carrera Profesional” de la XHUP (Xarxa d´ Hospitals de Utilització Pública) que es un sistema de incentivación profesional donde, para progresar en los diversos niveles (A,B,C), se tienen en cuenta criterios de antigüedad (permanencia mínima de 7 años en cada nivel) y criterios cualitativos dependientes de las características de cada centro. El objetivo del trabajo fue ver si la EMH de los ingresos variaba en función de la antigüedad/nivel de carrera profesional del médico responsable asignado.
Resultados obtenidos.
Entre los meses de Noviembre 2005 y Julio 2008, se dieron un total de 6021 altas con una EMH global de 8,82 días. Al valorar la estancia media en función del nivel de carrera profesional de los adjuntos, se comprobó que los 7 adjuntos con nivel A de carrera profesional habían dado un total de 1346 altas con una estancia media de 9,31 días; los de nivel B habían dado 2333 altas con una estancia media de 9,41 días; y los de nivel C habían dado 2342 altas con estancia media de 7,96 días. No hubo diferencias significativas entre los niveles A y B, pero sí entre éstos y el nivel C (P(<0,0001).
Lecciones aprendidas.
Los datos descritos confirman que existe una relación inversa entre la estancia media y el nivel de carrera profesional del facultativo responsable del paciente durante el ingreso.

C-148

CREACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL PRODUCTO ENFERMERO EN EL HOSPITAL

PÉREZ-COMPANY, P.*; ANTÓN RIERA, J.; DEL OSO MORÁN, J. Y ARTIGAS LAGE, M..
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Palabras Clave: sistema, información, gestión, calidad, cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad Control de Gestión, Dirección de Enfermería, del Hospital Universitario Vall d'Hebron
Descripción del problema/necesidades.
La necesidad de tener resultados de la actividad de cuidados enfermeros y del impacto de estos en la mejora del paciente, de forma relacionada. El problema del acceso a la información de una organización tan grande y dispersa que utiliza circuitos clásicos. El retraso de la información al profesional desde que se produce
Desarrollo y soluciones aportadas.
Hace que durante los años 2007-08, se trabaje en la elaboración del Sistema de Información que comprende: Cuadros de Mando con indicadores específicos, cuyos resultados muestren cómo se están resolviendo los cuidados, y posibilite su gestión y mejora. Y un Circuito de Información- Comunicación on line, que recoja y dé información a los núcleos de actividad.
Se diseña, el Cuadro de Mando Asistencial, estableciendo campos de información del producto, seleccionando actividades relevantes, proponiendo indicadores mediante focus grup de profesionales expertos, definiendo los métodos de relación y análisis con los gestores. El C. M. Estratégico con un método de consenso entre los directivos.
Se elabora un mapa de evaluación/mejora que coordina todas las actividades, que se incluye dentro del sistema y que dirige los resultados. Conectando la Dirección por Objetivos. Carrera Profesional, Acuerdos de Gestión. Se diseña un plan de formación/información con técnica de acompañamiento individualizada, para el manejo del sistema
Resultados obtenidos.
Se han diseñado cuatro Cuadros de Mando. El estratégico, el de gestión de la actividad directiva, el de los cuidados enfermeros, y el de la actividad de técnicos. Constan de indicadores cuantitativos y cualitativos, 183 asignables de forma grupal, y 129 de carácter individual, siendo los centros funcionales de actividad 231, y 3.565 los profesionales con asignación individual de objetivos. Eso hace un volumen de 23.227 objetivos asignados. Se cierra el año con todos los resultados y un 14% de los centros con dificultades de manejo. El Circuito de Información hace la doble función, recoger datos y dar resultados en el momento que se producen, con transparencia de la procedencia de los datos, mediante un recurso compartido alojado en el servidor del hospital, al que tiene acceso los responsables, que pueden introducir datos y visualizar sus cuadros de mando
Lecciones aprendidas.
Difícil ha sido introducir la gestión por resultados y la utilización de la tecnología, dedicando mucho tiempo al aprendizaje, dos meses el primer año, cuatro el segundo. Cambio de enfoque, aprendizaje on line

C-149

VARIACIÓN EN LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN FUNCIÓN DE LA ASIGNACIÓN DEL MÉDICO Y SU INFLUENCIA EN LOS REINGRESOS

DE LUIS SÁNCHEZ, A.; ALOY-DUCH, A.; LLOPART, JR. Y VILA, J..
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: Estancia Media, Profesionalismo, Médico Responsable

RESUMEN

Contexto de partida.
Disminuir la estancia media hospitalaria (EMH) es un objetivo de interés general ya que permite aumentar la rotación de las camas. En los Servicios de Medicina Interna (SMI) "tradicionales" cada médico adjunto tiene a su cargo un número determinado de camas fijas y atiende a los pacientes que ingresan en ellas. Sin embargo, otro tipo de organización ha de ser posible para optimizar los ingresos, especialmente los reingresos, y la EMH
Descripción del problema/necesidades.
Describir el cambio organizativo realizado, en alguna de las 52 camas del SMI del Hospital Municipal de Badalona (HMB) de ámbito comarcal, sobre el procedimiento de distribución de los ingresos diarios entre los médicos responsables, para observar si la EMH disminuía en función del criterio de "si se asignaba el paciente al mismo médico responsable que lo había atendido en el ingreso previo" Desarrollo y soluciones aportadas Se incluyeron y estudiaron todos los pacientes, independientemente del motivo de ingreso, dados de alta entre noviembre de 2005 y julio de 2008. Fueron "primeros ingresos" los pacientes que no habían ingresado previamente y "reingresos" los que sí. Los "reingresos precoces" fueron aquellos que reingresaron < 31 primeros días tras el alta previa y "reingresos tardíos" los que reingresaron > 31
Resultados obtenidos.
Se estudiaron 6021 altas con una EMH de 8,82 días. De estas altas, 3784 fueron "primeros ingresos" (EMH 8,54 días) y 2237 fueron consideradas "reingresos" (EMH 9,31 días) (P<0,0001). Entre los "reingresos", 849 casos fueron "reingresos precoces" (EMH 9,8 días) y 1388 fueron reingresos tardíos (EMH: 9,01 días) (P<0,03). Al estudiar los "reingresos precoces" se comprobó que en 581 casos coincidía el mismo médico responsable que en el ingreso previo, siendo en estos casos la EMH de 9,02 días, en los 268 "reingresos precoces" no coincidió el mismo médico responsable con una EMH de 11,5 días (P<0,001). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los 1388 reingresos tardíos (P<0,25)
Lecciones aprendidas.
El criterio "de asignar el paciente al responsable que lo había atendido en la estancia hospitalaria previa" es especialmente efectivo para disminuir la EMH cuando el reingreso sucede antes de los 31 días o "reingreso precoz". La distribución de los ingresos diarios entre los médicos adjuntos del SMI siguiendo dicho criterio, además, es útil pues facilitaría la realización de la historia clínica, la relación y la transferencia médico-paciente, y agilizaría la toma de decisiones clínicas y administrativas

C-150

REFLEXIÓN SOBRE LA CARGA ASISTENCIAL PEDIÁTRICA EN UN CENTRO DE SALUD

NAVARRO QUESADA, FJ (*). ; REDONDO SÁNCHEZ, J; MONTES MONTES, MR; MONTES PEÑA, M. ; MARTÍNEZ GUILLEN, R Y CUEVAS PAREJA, F.
CS LUCANO. DISTRITO SANITARIO CORDOBA. CORDOBA

Palabras Clave: demanda clínica, gestión, pediatría, frecuentación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en un centro de salud urbano que se inauguró en Enero 2007 y ha sido realizado por pediatras y médicos de familia que trabajan en él

Descripción del problema/necesidades.
En nuestro acuerdo de Gestión Clínica, la accesibilidad es uno de los factores que más influye en la calidad de los servicios sanitarios. Es la alta frecuentación en pediatría, uno de los factores que merman dicha accesibilidad. Nuestro objetivo primordial es regular la demanda asistencial pediátrica, ya que es uno de los pilares de gestión al que debemos dirigir estrategias que sean necesarias para mejorar la percepción que los ciudadanos tienen de los servicios. Nos planteamos analizar la demanda diaria para poder decidir una mejor gestión posteriormente y desarrollar un plan de actuación con el equipo profesional de toda la Unidad de Gestión

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un análisis de la situación de partida (Enero 2008), conociendo la actividad asistencial, frecuentación, cobertura poblacional, presión asistencial, demora de los profesionales de los pediatras que inauguraron el centro de salud. Este centro ha sufrido en Junio 2008 un cambio del 100% de los profesionales del área pediátrica, por lo que hemos pretendido comparar la actuación de los diferentes profesionales en el mismo cupo de pacientes. Este proyecto tiene 2 fases: 1ª Fase: Durante el año 2008 se analiza el cupo de cada profesional, se da a conocer en reunión del equipo los resultados y se plantea un plan de mejora. 2ª Fase: Comprende 5 meses del año 2009, con los nuevos profesionales donde se evalúa su actuación y se compara con los resultados de la fase 1

Resultados obtenidos.
El análisis de cada cupo pediátrico nos hizo reflexionar sobre la necesidad de realizar un plan de actuación de forma individualizada actuando sobre modificación de agendas, abordaje de pacientes hiperfrecuentadores, identificación de morbilidad, potenciar trabajo administrativo en la Unidad de Admisión y aumentar el registro en la historia clínica. Esto se ha realizado en dos fases y con dos grupos de profesionales diferentes sobre los mismos cupos de pacientes

Lecciones aprendidas.
Los indicadores sobre frecuentación, demora, presión asistencial, cambian con los profesionales. La estabilidad en la plantilla de pediatras ha repercutido en la homogeneización de la demanda. Es importante realizar análisis de nuestra población atendida en relación a los indicadores antes mencionados y valorar los factores que pueden estar influyendo para poder establecer medidas de mejora y mejorar la satisfacción del paciente sin interferir en la calidad de vida del profesional

C-151

REFLEXIÓN SOBRE LA CARGA ASISTENCIAL MÉDICA EN UN CENTRO DE SALUD

REDONDO SÁNCHEZ, J (*); NAVARRO QUESADA, FJ; LECHUGA VARONA, T; PÉREZ GIRON, J; ANTON MURILLO, MD Y RODRÍGUEZ MOLINA, ML.
CS LUCANO. DISTRITO SANITARIO CORDOBA. CORDOBA

Palabras Clave: Demanda clínica, Gestión, Atención Primaria, Frecuentación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo de investigación fue realizado en un centro de salud urbano que se inauguró en Enero 2007 y ha sido realizado por pediatras y médicos de familia que trabajan en él

Descripción del problema/necesidades.
En nuestro acuerdo de Gestión Clínica, la accesibilidad es uno de los factores que más influye en la calidad de los servicios sanitarios. Nuestro objetivo primordial es controlar y regular la demanda asistencial, ya que es uno de los pilares de gestión al que debemos dirigir las estrategias que sean necesarias para mejorar la percepción que los ciudadanos tienen de los servicios que prestamos. Planteamos inicialmente analizar la demanda diaria para poder decidir una mejor gestión posteriormente y desarrollar un plan de actuación con el equipo profesional de toda la Unidad de Gestión

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un análisis de la situación de partida (Enero 2008), soluciones aportadas conociendo la actividad asistencial, frecuentación, cobertura poblacional, presión asistencial, demora de médicos de familia que inauguraron el centro de salud. Este centro sufrió en Enero 2009 un cambio del 100% de los profesionales, por lo que hemos pretendido comparar la actuación de los diferentes profesionales en el mismo cupo de pacientes.
Este proyecto tiene 2 fases: 1ª Fase: Durante el año 2008 se analiza el cupo de cada profesional, se da a conocer en reunión del equipo los resultados y se plantea un plan de mejora.
2ª Fase: Comprende 5 meses del año 2009, con los nuevos profesionales donde se evalúa su actuación y se compara con los resultados de la fase 1

Resultados obtenidos.
El análisis de cada cupo médico nos hizo reflexionar sobre la necesidad de realizar un plan de actuación de forma individualizada actuando sobre modificación de agendas, abordaje de pacientes hiperfrecuentadores, identificación de morbilidad, potenciar trabajo administrativo en la Unidad de Admisión y aumentar el registro en la historia clínica. Todo esto se ha realizado en dos fases y con dos grupos de profesionales diferentes sobre los mismos cupos de pacientes

Lecciones aprendidas.
Los resultados evidencia que, a pesar de atender al mismo número de pacientes, indicadores sobre la frecuentación, demora, presión asistencial, etc cambian con los profesionales. Es importante realizar un análisis de nuestra población atendida de forma periódica en relación a los indicadores antes mencionados y valorar los factores que pueden estar influyendo tanto en el paciente, profesional y organización del centro para poder establecer medidas de mejora y de esta forma mejorar la satisfacción del paciente sin interferir en la calidad de vida del profesional

C-152

REDACCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS (PGRS). DIFUSIÓN ENTRE LOS TRABAJADORES DE A.P. SECTOR ZARAGOZA-II.

TABUENCA ESPADA, MP *; MOÑITA BLANCO, A.; GARCÍA MIÑANA, V. Y GANDÍA MARTÍNEZ, A. .
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, SECTOR ZARAGOZA-II

Palabras Clave: Residuos Sanitarios, Gestión de Residuos, Atención Domiciliaria.

RESUMEN

Contexto de partida.
*En Atención Primaria (AP) existía un PGRS basado en el Decreto 29/1995 de la D.G.A. *En HU Miguel Servet existían diversos procedimientos de GRS basados en sucesivas legislaciones. *Intervienen en la redacción del PGRS: Enfermería de AP, Servº de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), Servº de Hostelería, Servº de Física, todos ellos del Sector Zaragoza-II (S. Zgz-II). *La difusión en AP la realiza Enfermería de AP.
Descripción del problema/necesidades.
*Disminución de la variabilidad en la gestión intracentro (GI) de los residuos sanitarios (RS) en el S. Zgz-II. *Conocimientos y actitudes en GI de RS en los trabajadores de los dispersos Equipos de AP.
Desarrollo y soluciones aportadas.
*En el marco de la Gestión por Procesos, a partir del PGRS y atendiendo a la normativa publicada desde entonces -directivas de la C.E., legislación estatal y autonómica, normativas generales y específicas del Depto. de Sanidad y Consumo y de los centros de trabajo del Sector- se elabora el PGRS del S. Zgz-II. *Una vez aprobado en Comisión de Dirección y con el visto bueno de la Secretaría Gral. Técnica del Depto., se constituye el Grupo de Gestión Medioambiental, desde la Dir. y Subdir. de Gestión y con la participación de las cuatro autoras, Subdir. y Servicios de Enfermería, Medicina Preventiva, Farmacia, Hostelería, Asuntos Generales, Limpieza y Empresa de Gestión Extracentro (GE); el Grupo elabora un manual de bolsillo con lo fundamental del PGRS, que se entrega a todos los trabajadores del S. Zgz-II. El Grupo velará por la aplicación del PGRS. *Enfermería de AP difunde el PGRS en AP mediante 21 sesiones monográficas realizadas del 1/06/09 al 30/09/09 en los centros de trabajo de AP, y colabora con el SPRL en la docencia en el Plan de Formación 2009 del Sector.
Resultados obtenidos.
*El PGRS contiene el marco legislativo, la GI y GE de los RS Grupos I al VII, los residuos reciclables, los documentos necesarios y las responsabilidades en la aplicación y seguimiento del Plan. *Es fundamental la difusión en AP de los contenidos sobre la GI de RS de los Grupos II, III y VI generados en Atención Domiciliaria. *Un cuestionario mide los conocimientos y actitudes antes y después de la difusión del PGRS.
Lecciones aprendidas.
La sistemática difusión de los contenidos del PGRS en los dispersos centros de AP facilita que los trabajadores integren en su práctica clínica habitual la minimización y correcta GI de los RS que generan, consiguiendo: *Minimización de los riesgos laborales derivados de la manipulación de RS.
*Reducción del impacto de los RS en la Salud Pública en la población atendida.
*Eficiencia en el gasto en GE de los RS.

C-153

CIRCUITO PREFERENCIAL: ALGO MÁS QUE EL PREOPERATORIO

TAMAYO CANILLAS, M.L.; MARIÑO FERNÁNDEZ, B.; VARELA VIEJO, C.; MENÉNDEZ MARTÍNEZ, J.C.; LLERANDI LARRIETY, J.J. Y NAVARRO DORBERT, M..
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Palabras Clave: Paciente, Circuito Quirúrgico, Admisión

RESUMEN

Contexto de partida.
En 1998 se definió en el Hospital Universitario Central de Asturias un circuito preferencial para pacientes en lista de espera quirúrgica, cuya demora no debiera ser superior a 20 días. En la definición del circuito estuvieron implicados los Servicios de Admisión, Anestesia, Quirúrgicos, Laboratorio, Digestivo, Radiodiagnóstico y Rehabilitación. Se puso en marcha para neoplasias gástrica y colorrectal, ampliándose en 2008 a neoplasias hepatobiliares y en 2009 a Neurocirugía.
Descripción del problema/necesidades.
La valoración prequirúrgica ambulatoria no incluía los estudios previos a la intervención, realizándose éstos con el paciente ingresado. Con la puesta en marcha del circuito preferencial se pretendía: a)Integrar ambulatoriamente los estudios y pruebas prequirúrgicos. b)Ofrecer un trato personalizado al paciente a través de la recepción en un entorno de confidencialidad, citación de los estudios con garantía de demora, seguimiento de resultados e incidencias y entrega de la documentación clínica al servicio.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Hubo una fase inicial de análisis liderada por la Dirección Médica participando la Dirección de Enfermería y otros servicios. Una vez evaluadas las necesidades, Admisión se reestructuró física y organizativamente destinando una persona y un espacio para atender adecuadamente a los pacientes integrados en este circuito. Una vez definido completamente el proyecto se inició la fase de difusión entre los grupos de profesionales considerados críticos. Desde su implantación hasta hoy el circuito está sujeto a un proceso continuo de evaluación y rediseño para mejorar su efectividad.
Resultados obtenidos.
Desde que tenemos datos informatizados (julio 2001) han sido atendidos 1.354 pacientes. La evolución anual ha pasado de 77 pacientes en 2002 a 279 en 2008, con una previsión para 2009 de 360.
La resolución ha sido: 80.24% intervención, 12.1% desestimada intervención, 5.94% intervención aplazada por tratamientos prequirúrgicos, 1.05% fallecieron y 0.67% renunciaron. Las pruebas de laboratorio y función cardiopulmonar se citan en un máximo de 3 días, valorándose al paciente en Anestesia 5 días después. Las demoras máximas para otras pruebas y consultas oscilan entre 3 y 10 días.
Lecciones aprendidas.
La experiencia de asumir un circuito de este tipo desde la perspectiva del personal de Admisión es altamente gratificante para todos los que participan en el mismo. La evolución imparable hacia la gestión clínica no puede resultar ajena a los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, por lo que el circuito preferencial nos parece un ejemplo del camino a seguir.

C-154

EVALUACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN INICIAL DE LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA EN UN ÁREA SANITARIA

BERNABEU MORA R; SÁNCHEZ NIETO JM; CARRILLO ALCARAZ A Y BORJA CASTRO I.
HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

Palabras Clave: Oxigenoterapia Domiciliaria, Prescripción, Calidad Científico-Técnica

RESUMEN

Contexto de partida.
En la consulta de oxigenoterapia domiciliaria (OD) de Neumología. El diseño e implantación de los nuevos informes para la prescripición de OD se hizo por el neumólogo con ayuda del servicio de informática.

Descripción del problema/necesidades.
Se hizo un análisis de la situación de la OD en nuestra área mediante un Ishikawa para valorar las posibles causas del problema de calidad asistencial estudiado (uso inadecuado de la OD). Objetivos:1- Analizar la calidad científico-técnica de la prescripción inicial (Pi) de la OD en un área sanitaria. 2- Reevaluación tras la implantación de intervenciones destinadas a mejorar el informe de Pi de la OD

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio observacional y prospectivo, con intervención antes-después. Dimensión: Calidad científico-técnica. Población: Pacientes con Pi de OD (Prescripción de OD de menos de 3 meses). Períodos: Julio-diciembre 2007 (1ª evaluación) y Enero-marzo 2009 (reevaluación). Método de muestreo: Consecutivo (125 casos en la 1ª evaluación y 58 en la 2ª). Criterios de calidad: Cc1: En el infome médico se indican todos los datos de la Pi de OD (1:1 Fuente.1:2 Forma administración. 1:3 Flujo.1:4 Horario). Cc2: Hay una gasometría arterial (GA) previa a la Pi. Cc3: La prescripción se realiza de acuerdo a criterios gasométricos. Cc4: En la indicación paliativa (Ip) hay hipoxemia. Cc5: La GA en la consulta cumple criterios de continuación de OD. Cc6: En EPOC y asma el tratamiento es adecuado (6:1 La indicación está de acuerdo con las guías clínicas.6:2 Técnica inhalación correcta). Se realizó una GA u oximetría respirando aire ambiente a los pacientes. Tras la 1ª evaluación se diseñó un informe de Pi en el sistema informático del hospital y una sesión en Medicina Interna. Al mismo tiempo, se implantó un informe de prescripción de OD en la consulta monográfica para primeras y revisiones.

Resultados obtenidos.
Resultados: 1ª evaluación: Media de edad: 77,2 ± 11 (1-95). Hombre (58%)/Mujer (42%). Prescriptores: Medicina Interna (43%). Indicación no paliativa 80(64%) y paliativa 45(36%). Diagnósticos: EPOC (34%), neoplasia (17%) e insuficiencia cardíaca (16%). Incumplimiento de los criterios de calidad: Cc1: 92%. Cc2: 25%. Cc3: 83%. Cc4: 31%. Cc5: 61%. Cc6: 80%. Reevaluación: Incumplimiento: Cc1: 40%(p<0.001) Cc2: 25%. Cc3: 67%. Cc4: 43%. Cc5: 78%. Cc6: 77%.

Lecciones aprendidas.
La calidad de la prescripción inicial de la oxigenoterapia domiciliaria en nuestra área sanitaria es deficiente. La indicación paliativa de oxígenoterapia es frecuente. Existe una mejora en los datos del informe de prescripción del oxígeno domiciliario tras la intervención realizada

C-155

DISEÑO DE UN MODELO DE CONTROL DE CALIDAD PARA UN DEPARTAMENTO DE DENSITOMETRÍA ÓSEA

YSAMAT MARFÁ, M; VALLS FERRUSOLA, E; BONEL VIGO, E; GARCÍA MUÑOZ, M; CONDOMINES CONCELLON, B Y DEL RIO BARQUERO, L.
CENTRO DE TECNOLOGIA DIAGNÓSTICA

Palabras Clave: Densitometria ósea, osteoporosis, fractura, precisión

RESUMEN

Contexto de partida.
CETIR Centre Mèdic. Departamento de densitometría ósea.

Descripción del problema/necesidades.
La densitometría ósea es una técnica diagnóstica cuya principal aplicación es la valoración del riesgo de fractura y el seguimiento de pacientes. El control de la exactitud y reproducibilidad de las mediciones es imprescindible para garantizar una correcta interpretación de las mediciones. Los procedimientos de control de calidad recomendados por el fabricante han sido diseñados para departamentos que disponen de un único equipo de medición. En nuestro caso se han adaptado para aplicarlos en una red con diferentes modelos de equipos operados a su vez por diferentes técnicos, simplificando el proceso y dotándole de la requerida trazabilidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha seguido el proceso básico de control exigido por el fabricante en cada uno de los densitometros instalados en diferentes centros médicos y hospitales, mediante: A) examen diario del funcionamiento y especificaciones, B) calibración de un fantoma propio para cada sístema de medición y C) exploración también diaria de un fantoma que imita “in vitro” las características de las exploraciones convencionales. Los equipos han sido conectados en red centralizando el acceso a las bases de datos. Se evalúa periódicamente el error de reproducibilidad (coeficiente de variación CV) inherente a cada equipo de medición y operador. En esta soluciones ha participado todo el equipo humano del departamento.

Resultados obtenidos.
Se ha tenido en cuenta el error de reproducibilidad de cada equipo/operador para determinar el cambio mínimo significativo y el intervalo recomendado en las exploraciones de seguimiento. Estos datos que han sido registrados se aplican en la elaboración de los informes médicos y en el momento de la interpretación de las mediciones. La variabilidad de densitómetros y operadores es regulada mediante el ajuste y corrección de los resultados sobre la base de una calibración cruzada, usando en todos los densitómetros el mismo fantoma. De esta forma se pueden advertir problemas de funcionamiento, aunque sean sutiles y corregirlos, manteniendo el nivel de adiestramiento y consistencia en la metodología por parte de los operadores. Manteniendo un registro del densitómetro utilizado en cada paciente, operador, características técnicas de la exploración y datos adicionales que pueden ser útiles para conseguir la máxima precisión en estudios de seguimiento.

Lecciones aprendidas.
Se requiere la identificación de los factores que afectan a la calidad de las mediciones y la participación de activa de todos profesionales involucrados.

C-161

ANÁLISIS QFD EN UN HOSPITAL DE APOYO

ELISA VILLASEVIL LLANOS; CELIA GARCÍA MENÉNDEZ; FIDEL GONZÁLEZ CONTRERAS Y ELENA MUÑOZ LOPEZ .
HOSPITAL CARLOS III

Palabras Clave: QFD, calidad percibida, voz del cliente

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el hospital Carlos III, hospital de apoyo de la Comunidad de Madrid. Se formó un grupo de trabajo constituido por la directora médica, un facultativo de salud laboral, una asistente social del Servicio de Atención al Usuario y la coordinadora de calidad.

Descripción del problema/necesidades.
Mediante la realización de este proyecto se pretende obtener información sobre qué aspectos del hospital es necesario mejorar, teniendo en cuenta las valoraciones del paciente. Es decir, traducir las demandas expresadas y latentes del paciente en el diseño de los servicios.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se desarrolló mediante reuniones del grupo de tra-

C-163

LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA EN UNA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA.

SOMMER ÁLVAREZ,E; TORRE ALONSO, JC; JIROUT CASILLAS, F; ZAPICO FERNÁNDEZ, I Y ORDIERES DOS SANTOS, MJ.
HOSPITAL MONTE NARANCO

Palabras Clave: Gestión por procesos, consultas externas, Reumatología

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo desarrollado en el Hospital Monte Naranco de Oviedo, por el Jefe del SADOC en colaboración con servicio de Reumatología y documentalista encargada de codificación.

Descripción del problema/necesidades.

En junio de 2008: promedio diario de consultas un 24% por encima del pacto lo que ocasiona un descontento, por el poco tiempo destinado a pasar consulta. Saturación agendas. Demora para primera consulta: 60 dias. Desconocimiento por parte de los profesionales de patologías atendidas en consulta, así como cantidad importante de procesos abiertos para un mismo paciente en la historia clínica digital.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde julio de 2008: unificación informática en un solo proceso todos los que el paciente tiene abiertos. Estos llevan el nombre de la patología por la que el paciente está siendo tratado, por lo que desde la consulta se procede a renombrar aquellos cuyo diagnóstico no coincida con la patología del paciente. Codificación de 4.399 consultas según CIE-9. Indicadores utilizados: Estándares de calidad de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Metodología de gestión por procesos.

Resultados obtenidos.

Transcurridos ocho meses se identifican los procesos más vistos en consulta. El 77,3% de las consultas son: la Fibromialgia (20,6%), Artrosis (19,1%), Artritis Reumatoide (10,3%), Espondilitis Anquilosante (7,5%), Artralgias no filiadas (7,2%), Artropatía Psoriásica (6,4%) y Polimialgia Reumática (6,2%), por lo que se centró la actuación sobre ellas. La relación sucesivas/primeras de estas patologías son FBM: 5,7, Artrosis: 4,8, AR: 23,7, EA: 14,3, Artralgias no filiadas: 1,5, APS: 18,7, PMR: 6,2. La SER recomienda que la relación S/P sea: FBM: 2,0. Artrosis: 2,3, AR: 4,9, EA: 4,9, Artralgias no filiadas: 2,3, APS: 4,9, PMR: 4,5 Si el Servicio de Reumatología del HMN hubiese actuado como recomienda la SER se hubiesen realizado 1548 consultas menos en ocho meses (-490 consultas de FMB, -359 de Artrosis, -337 de AR, 197 de EA, +91 de Artralgias no filiadas, -193 de APS y –63 de PMR). Durante este periodo se vieron 708 primeras y se dieron de alta a 367 pacientes.

Lecciones aprendidas.

Gestionar por procesos la consulta permite conocer las patologías más vistas y comparar los indicadores con los estándares de calidad establecidos por la SER. Comportarse como recomienda la SER hubiese disminuido el número de consultas sucesivas, el número de pacientes diarios en consulta, y la demora media para primeras visitas. Mejorar nuestros indicadores es el siguiente reto.

C-164

RESULTADOS INICIALES DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA.

SÁNCHEZ LORA, FJ.; MORENO ORTIZ, A.; PAREJO GARCÍA, C.; MOLINA MENDOZA, P.; GARCÍA CISNEROS, R. Y TÉLLEZ SANTANA, T..
Hospital de Antequera - Área Sanitaria Norte de Málaga

Palabras Clave: Proceso asistencial, diabetes tipo 2

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en el Área Sanitaria Norte de Málaga, por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público Andaluz, de los niveles asistenciales Primaria y Especializada .

Descripción del problema/necesidades.

Necesidad de conocer el impacto de la implantación progresiva del modelo de gestión basado en el Proceso Asistencial Integrado Diabetes tipo 2 sobre la calidad asistencial proporcionada a los pacientes denuestra Área Sanitaria, para analizar problemas y ofrecer soluciones.

El proyecto es un estudio observacional, longitudinal, ambispectivo (retrospectivo: 2001-2004 y prospectivo: 2005-2008), que recoge información sobre 1.020 diabéticos tipo 2 incluidos: *grado de cumplimiento de indicadores de proceso y de resultado a lo largo del seguimiento *grado de cumplimiento terapéutico *encuesta de satisfacción con la atención recibida *calidad de vida relacionada con la salud

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó una recogida de información en los dos niveles asistenciales: soluciones aportadas *Historia clínica médica y de enfermería, tanto en soporte papel como digital *Analítica *Entrevista presencial a un grupo seleccionado de participantes Participaron profesionales sanitarios implicados en la asistencia al paciente diabético tipo 2: facultativos (clínicos y de laboratorio), enfermería y trabajo social.

Resultados obtenidos.

Edad media muestral 71,9 años (DE: 11,0) y 56,2% mujeres. Los indicadores de resultado intermedios mostraron un grado de cumplimiento variable entre ellos, apreciándose en general una tendencia evolutiva favorable. Respecto a los indicadores de resultado finales, se resumen en una detección de alta incidencia de morbimortalidad cardiovascular, un elevado grado de satisfacción por la atención recibida y un moderado impacto sobre la calidad de vida.

Lecciones aprendidas.

Los datos preliminares de la intervención realizada a través del modelo de gestión del proceso asistencial integrado Diabetes Mellitus tipo 2 muestran mejoras en algunos indicadores de control de los factores de riesgo cardiovascular asociados, pero no confirman las favorables expectativas de mejora de la mayoría de resultados intermedios y finales creadas inicialmente entre los profesionales.

El análisis de los resultados comunicados por los pacientes denota, sin embargo, un alto grado de satisfacción con la atención recibida y un impacto moderado de la diabetes tipo 2 sobre su calidad de vida.

Se sugieren propuestas de actuación locales en este proceso para mejorar los resultados de los indicadores sin deteriorar la satisfacción, ni la calidad de vida de los pacientes.

C-165

RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS VINCULADOS A UNA LLAMADA.

CALLEJA PÉREZ, L.; SÁNCHEZ ROBLES, L.; FAURA MARTÍNEZ, A.; LÓPEZ NOGUERA,D.; GARCÍA SÁNCHEZ, MJ. Y MARTÍNEZ OLIVARES, MA..
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Comunicación, Implicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Equipo de nutricionistas integrantes de la Unidad de dietética y alimentación del Hospital Morales Meseguer.
Descripción del problema/necesidades.
Necesidad de dar solución al gran número de llamadas de teléfono registradas durante el horario de emplatado de alimentos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Procedemos a analizar las llamadas efectuadas a nuestro servicio de enero a diciembre de 2008 en los tramos de horario comprendidos entre las 12:00-14:00 y las 19:00-21:00 horas; registrándose un total de 21.228 llamadas de teléfono. Como referencia de estudio fijamos cuatro parámetros. -Altas de pacientes. Según pliego de concurso con la empresa subcontratada se establece un máximo horario hasta las 12:00 para comunicar estas altas sin coste económico. -Modificación de la dieta prescrita. Bandejas de comida duplicadas debido a un cambio de dieta que podía haberse postpuesto al siguiente servicio por no implicar una acción terapéutica incompatible con la dieta ya pautada. -Solicitud de segundos platos. Duplicidad de bandejas derivadas de un registro inadecuado de hábitos alimentarios al ingreso del paciente (intolerancias,falta de piezas dentarias) -Incorrecta solicitud de alimentos extra como dieta completa. En este apartado valoramos únicamentel la petición de dieta “especial solo agua” trámite sustitutivo a la solicitud de botellas de 1.5l. Se proponen dos vías de acción con actuaciones temporales distintas. Concienciación e implicación: se comunica el proyecto al área de supervisión de enfermería, donde se incide en el ineficiencia de recursos humanos derivados de la duplicidad de trabajo por ambos servicios. Valoración económica: donde se informa del coste derivado de las llamadas innecesarias.
Resultados obtenidos.
Concluimos que el 45% de las llamadas realizadas podrían haberse evitado, un total de 9.996, la valoración económica de los parámetros analizados nos muestra un gasto adicional de 71.246 euros, primando el coste de las altas de los pacientes comunicadas fuera de horario. Los costes económicos derivados de estas llamadas han podido hacerse públicos debido a que la empresa subcontratada ha presentado una renuncia a la actual prórroga de contrato, ya que como trabajadores de dicha empresa no podíamos ofrecer una información que implicara una reducción en la facturación anual y por consiguiente en el beneficio empresarial.
Lecciones aprendidas.
La implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los hospitales es una labor fundamental para la redistribución de los recursos tanto humanos como económicos disponibles.

C-166

LA EXPERIENCIA CON “EL LOCALIZADOR”, UNA HERRAMIENTA POLIVALENTE QUE AÑADE CALIDAD Y SEGURIDAD A LAS URGENCIAS.

QUINTANA MARTÍN, M.; TORRES NAVARRO, M.; JIMÉNEZ SÁNCHEZ, P.; PAZ RODRÍGUEZ, C. Y REGAÑO DOMÍNGUEZ, M..
HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE BENALMÁDENA

Palabras Clave: Calidad, Localización Polivalente Multidisciplinar, Continuidad, Control

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se lleva a cabo por un equipo de profesionales (asistenciales y no asistenciales), adscritos al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias y, al de Atención al Usuario del Hospital de Alta Resolución de Benalmádena.
Descripción del problema/necesidades.
Partimos de la implantación en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena del programa Localizador, un software que registra y permite interactuar en todas las situaciones particulares por las que transitan los pacientes, en forma gráfica y dinámica y así poder caminar hacia: - Fin del papel + política medioambiental + Ley de Protección de Datos.
- Digitalización total + formato de alta resolución + aportación de más y mejor información al usuario.
- Agilidad en la continuidad asistencial + mejora Calidad Asistencial y Seguridad del paciente.
Demandábamos más información sobre las experiencias e incidencias en el trabajo de los profesionales con el Localizador, así como de los efectos que producía con respecto a la Calidad Asistencial y Seguridad en los pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras un breve período de puesta en marcha del software, se extrajo soluciones aportadas información de la Comisión Interprofesional de Tecnologías de la Información y de la de Seguridad del Paciente. Posteriormente se investigó para obtener un punto de partida sobre detección de incidencias y espacios de mejora para la optimización del funcionamiento con el/ del Localizador.
Una parte con “impresión e intercambio de ideas” y otra, analizó basándonos en un sistema de Análisis Modal de Fallos y Efectos (A.M.F.E.) A continuación se explicó a profesionales y usuarios el porqué de las mismas y se llevaron a cabo encuestas de opinión. Los resultados se fueron incorporando a infografías porcentuales con descripción cuantitativa y cualitativa de los datos obtenidos.
Resultados obtenidos.
Se mejoraron procesos y pasos de la aplicación del software

C-167

GESTIÓN DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN: GESTIÓN INTEGRAL DEL PROCESO CLAVE DE LA ASISTENCIA SANITARIA

DÍEZ AZURMENDI, L.; LARRAÑAGA GARAIKOETXEA, N.; CASTELO ZAS, S.; VALENCIANO GONZÁLEZ, A. Y TABOADA GÓMEZ, J..
Hospital de Mendaro

Palabras Clave: Gestión por Procesos, Proceso asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital de Mendaro, hospital comarcal de la red de Osakidetza. Proceso liderado por las direcciones médica y de enfermería. Afecta al 70% de los profesionales.

Descripción del problema/necesidades.

En el año 2005 el hospital obtuvo las primeras certificaciones ISO 9001:2000 para tres de los denominados procesos de apoyo técnico. Este número se amplió hasta seis en los años sucesivos. Seguíamos la misma estrategia que se empleaba en otros hospitales de la red de Osakidetza, de manera que, los procesos asistenciales se iban postergando hasta tener certificados todos los procesos de apoyo. Esto respondía en parte a la complejidad de los procesos asistenciales que, debido a sus numerosas variantes, hacían muy difícil la homogenización del proceso. Sin embargo, encontrábamos que la convivencia de varios modelos (gestión tradicional y gestión por procesos) provocaba algunos desajustes importantes. Por esta razón, en 2008 se tomó la decisión de abordar el proceso principal de laasistencia sanitaria: el Proceso de Hospitalización. Éste junto con el Proceso de Urgencias y el Proceso de Consultas Externas conforman el Proceso Asistencial. En marzo de 2009 sometimos al P. Hospitalización a una auditoría externa y fue certificado bajo la Norma ISO.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El desarrollo del proyecto ha llevado un año aproximadamente. En una primera fase se diseñó el proceso, introduciendo una variable novedosa que, consistía en incluir todas las opciones que terminaran con el ingreso del paciente en el hospital. Esto contempla a las intervenciones quirúrgicas y a los partos. Por esta razón, se subdividió el proceso en tres subprocesos. SP-Ingreso Hospitalario: se refiere a todo lo que acontece en la planta de hospitalización; SP-Quirófano: intervenciones quirúrgicas que terminan en ingreso; SP-Partos: Partos que finalizan en ingreso. Se desarrolló la ficha de proceso y las fichas de cada subproceso, para lo que se llevaron a cabo diversas reuniones con las personas implicadas en los mismos.

Resultados obtenidos.

Certificación del Proceso de Hospitalización bajo la Norma ISO 9001:2008 en marzo de 2009. Los profesionales implicados han participado de una manera activa. Identificación de las principales interacciones con el resto de procesos de apoyo.

Lecciones aprendidas.

El abordaje de manera integral de todo el Proceso de Hospitalización permite una organización más eficiente del trabajo asistencial.

C-168

PROGRAMA DE RESPUESTA RÁPIDA AL PACIENTE PALIATIVO EN RADIOTERAPIA. MEJORA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO Y TIEMPO DE ESPERA

RICO PÉREZ, JM; LUPIAÑEZ, Y; PÉREZ ROZOS, A; TOLEDO, MD.; PEDROSA, P. Y MEDINA CARMONA, JA.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: demora, acto único

RESUMEN

Contexto de partida.

Implantación de programa de respuesta rápida al paciente paliativo en Servicio de Radioterapia

Descripción del problema/necesidades.

El Hospital "Virgen de la Victoria" trata a los usuarios del propio hospital así como a los de otros dos (Costa del Sol y Serranía). El 40% de los 732 pacientes tratados al año reciben radioterapia paliativa. La demora en su aplicación aumenta: •duración del síntoma.•estrés paciente-entorno. •Frecuentación de Urgencias. •coste (ingresos) •descenso en calidad de vida y calidad de asistencia percibida por el paciente. El número de desplazamientos (fracciones) aumenta el consumo de recursos económicos (frecuentación, ambulancias), emocionales y sociales (absentismo laboral) y así es valorado por el paciente y su entorno. Es crítico en pacientes que residen lejos del Hospital o estén ingresados en Hospitales sin el recurso. A pesar de la evidencia de su eficacia, la implantación de esquemas hipofraccionados paliativos es lenta

Desarrollo y soluciones aportadas.

Objetivos: •Disminuir tiempo de espera hasta la primera visita. •Reducir a 0 el tiempo primera visita-inicio de tratamiento. •Minimizar el número de sesiones.
Soluciones: 1.Creación de agenda coordinada por enfermera gestora de casos. 2.Inclusión proactiva de pacientes a través de analisis de hojas de interconsulta, actas de comités de tumores/ comisión de cuidados paliativos 3.Inclusión reactiva el día de la primera consulta en caso de que dicha información no permitiese su identificación tal como figura en 2. 4.Realización de todas las actividades previas a la administración del tratamiento (consulta, TAC de simulación, cálculo dosimétrico y administración del tratamiento) el mismo día. 5.Revisión de la evidencia y adopción de esquemas hipofraccionados como estándar. 6.Eliminación de las barreras detectadas: ingreso en Hospital de día (paciente sintomático o trasladado desde otro centro), provisión de dieta (paciente ambulatorio), tramitación de ambulancias o visados.

Resultados obtenidos.

La demora máxima desde petición de cita hasta administración de tratamiento es de 7 días. El 100% se simuló y el 65% inició el tratamiento el mismo día. Los pacientes con metástasis oseas recibieron una sóla fracción satisfaciendo todas sus necesidades (consulta, valoración, simulación, cálculo y tratamiento) en 1 día.

Lecciones aprendidas.

Cambios simples en el modo de prescrbir radioterapia y su ejecución en acto único disminuyen la carga de trabajo y la variabilidad de la práctica clínica mejorando la productividad y la lista de espera. Pueden tratarse un 20% de pacientes adicionales sin aumento de recursos

C-169

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INFECCIÓN INTRAABDOMINAL COMPLICADA EN UCI.

ESCRIBÁ BÁRCENA, A. ; ARNAIZ APARICIO, L; RUBIO REGIDOR, M.; SÁNCHEZ ALONSO, S.; DE LA TORRE RAMOS, M.A. Y ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, J.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: infeccion intraabdominal, politica farmaceutica, antibacterianos,

RESUMEN

Contexto de partida.
Organización, Departamento: Servicio Medicina Intensiva de un hospital secundario público.
Implicados: Principales: staff facultativo de UCI. Secundarios: Servicio de Urgencia, Cirugía y Anestesia.
Descripción del problema/necesidades.
PROBLEMAS Y NECESIDADES: a/Ausencia de protocolo de IIC en UCI, patología que consume substanciales recursos diagnósticos (dg) y terapéuticos b/Aumento del consumo de antibióticos (Ab) de muy amplio espectro o uso preferible en multirresistencias.CONSECUENCIAS: heterogeneidad en el manejo, aumento de costes, riesgo de multirresistencias.
ANÁLISIS CAUSAL, CUANTIFICACIÓN: Análisis de serie histórica de pac con IIC de My07 a Ab08. Reunión anual de objetivos de staff de UCI (lluvia de ideas). Flujograma del proceso.
Desarrollo y soluciones aportadas.
1º Ene-Mz08) Elaboración de "Protocolo de manejo de IIC en UCI", soluciones aportadas integrado en los objetivos hospitalarios del Servicio: búsqueda bibliográfica (evidencia científica, guías clínicas), flujograma, creación de objetivos de calidad.
2º Ab08) Difusión: Presentación en Sesión Clínica a staff UCI.
3º My08-Ab9) Implantación en los pac. ingresados con IIC en UCI. Seguimiento en sesion clínica diaria.4ºMy09) Ánalisis de resultados: Estudio y comparación de series históricas de casos: pacientes protocolizados (n 22, periodo My08
Ab09) vs pac no protocolizados (n 47, My07-Ab08),
Herramientas: Hª digital en programas Selene y PICIS, estadística SPSS 15.
5ºJun09) Evaluación, identificación de puntos fuertes y areas de mejora.
Resultados obtenidos.
PUNTOS FUERTES DEL PROCESO: 1)La antibioterapia empírica por grupo de riesgo fue correcta en 91% casos. 2)Los scores de infección en días 5-7 poscirugía (IPS>14, SOFA>4) mostraron correlación con hallazgos en el TAC en >80% casos.
3)Cumplimiento global del protocolo correcto en 82% casos.
4)Disminuyó el consumo de carbapenems un 25% y linezolid un 75%.
AREAS DE MEJORA: 1) 11% pac: no se realizó TAC a pesar de scores de infección altos.
2) Retraso dg-cirugía: >12 h en 68% pac (>48 h en 32% pac).
3) 40% pac ingresaron en UCI con dg de IIC sin constancia de haber recibido ningún antibiótico previo.
4)En 63% casos no se obtuvieron cultivos intraabdominales; solo se ajustó por antibiograma en 14% pac.
Lecciones aprendidas.
La elaboración e implementación de un protocolo de ICC en UCI permite estandarizar la práctica clínica, favorecer el uso racional de antibióticos de amplio espectro, e identificar areas de mejora. A largo plazo puede influir favorablemente en mutirresistencias.
Se evidencia la necesidad de difundir el protocolo a otros Servicios.

C-170

EVALUACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA

NÚÑEZ MONTENEGRO AJ; DELGADO VIERA R; POZO MUÑOZ F; PINAZO LUQUE J; MANTERO MUÑOZ A Y FRAGOSO LUENGO B.
Área Sanitaria Norte de Málaga

Palabras Clave: Gestión, clínica, evaluar, modelo, compartida, matricial

RESUMEN

Contexto de partida.
Las unidades de gestión clínica son el sustrato sobre el que se ordena la actividad asistencial en el ámbito del Area Sanitaria Norte de Malaga y a ellas son el eje de estas jornadas. El protagonismo y la participación de los cargos intermedios y de los directores de unidad clínica, van a ser esenciales en la conformación del nuevo diseño de la ordenación de los servicios sanitarios.
Descripción del problema/necesidades.
Debemos avanzar hacia una estructura más matricial conformada por redes y centros de interdependencia horizontalizados. Este proyecto pretende modernizar las Unidades y adaptarlas al profesional y a la atención de los usuarios.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se desarrolló durante una jornada de mañAna y tarde y la mañAna del día siguiente, la estructura que se organizó fue el trabajo en cinco pequeños grupos, con metodología de grupo focal, con puesta en común de lluvia de ideas y aproximación de posturas diferentes, con acuerdos para luego debatir en plenario con otros grupos las conclusiones o posturas adoptadas. En este contexto es de interés tener un encuentro para el análisis reflexivo interno y que, valorando las oportunidades que puedan plantearse, nos posicionemos adecuadamente en el proceso cambio, que den cómo resultado la formulación estratégica del Area para los próximos años.
Resultados obtenidos.
Se identificaron entre las unidades asistenciales las principales áreas de dependencia, ó de interdependencia, y así configuradas trasladar la capacidad de negociar procedimientos, resultados y utilización de recursos entre unas y otras, haciendo de la negociación clínica entre unidades el elemento que define una organización más horizontalizada. En un contexto de área de gestión sanitaria y de apuesta decidida por las unidades de gestión clínica como elemento moderno de organización y superador de la concepción tradicional de la organización de los centros asistenciales, cabrían nuevas formas de ordenación de algunos servicios en aras a mejorar el proceso asistencial. Estas nuevas formas podrían tener como eje la naturaleza del servicio que se preste o el ámbito de prestación del servicio.
Lecciones aprendidas.
Detectar las áreas de dependencia y negociar entre ellas. La organización no cambia, solo se modifican los acuerdos y con quién negocias. La importancia del tamaño de las UGC, pensando que es una variable a revisar, aunque no determinante. Se establecen premisas para la reordenación de servicios, destacando que el Papel de los Profesionales debe modificarse y ser más pro-activa.

C-171

MEJORA DEL PROCESO DE "DESBUROCRATIZACIÓN" EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

MARIN MARIN, AJ.; FERNÁNDEZ ROMEA, A.; DE GRADO PRIETO, AB.; SAUDÍ TARAVILLO, MªJ; TOLMO SANTOS, MªD Y PILAR MARTÍN-CARRILLO DOMÍNGUEZ.
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 9 MADRID

Palabras Clave: Gestión por procesos, Desburocratización, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó en un Equipo de Atención Primaria (EAP).Servicio Sanitario Público. Implicados:Consejo de Dirección del EAP: Directora, responsable Enfermería y responsable de Unidad de Atención Administrativa (UNAD), Médico de familia (MdF), Auxiliar administrativo (AA), Responsable del programa informático de HªCª (OMI-AP) (ROMI).
Descripción del problema/necesidades.
Elevado nº incidencias en entrega de recetas de Prescripción Crónica (PC) a usuarios que la UNAD no resuelv. El usuario requiere nueva cita médica. Elevado nº incidencias informáticas de profesionales en configuración de PC en OMI-AP.Dificultad y demora para usuarios obtener su PC.Análisis de quejas de usuarios. DAFO. Se estimó nº de incidentes sobre total recetas (mal emitidas, no recogidas por usuarios caducadas)
Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis y puesta en control del proceso "Desburocratización" soluciones aportadas Identificación de puntos fuertes y Priorización áreas de mejora:1
Definición de criterios de inclusión del proceso;2-Estandarización de cumplimentación informática de PC;3-Definición de información a trasmitir al usuario 4-Definición y elaboración del procedimiento de resolución de problemas en UNAD;5-Definición de indicadores del proceso.Grupo de trabajo ad-hoc con miembros UNAD, MdF, ROMI y enfermera. Reuniones EAP completo y 2 reuniones por estamentos: MdF y AA. Reuniones periódicas seguimiento indicadores.Fases: 1 Detección del problema 2-Análisis y puesta en control del proceso 3
Identificación y priorización de áreas de mejora 4-Elaboración del Plan de Mejora y cronograma de implantación;4-Difusión al EAP;5-Análisis de indicadores
Resultados obtenidos.
Indicadores (preintervención Mayo2008) y postintervención (Mayo2009):Consultas Atendidas EAP/mes, %consultas sin cita,%Consultas programadas,Nº pacientes incluidos en proceso,%Incidentes relacionados con PC sobre total de recetas entregadas en UNAD; Incidentes No resueltos en UNAD. Encuesta de satisfacción a MdF y AA.Resultados: Disminuyen Consultas Atendidas/mes: 5.170 a 4.677 y %Consultas sin cita: 8,65% a 6,95% Aumentan %Consultas programadas:11,08% a 13,13% y Nº pacientes en circuito de PC/mes: 1.741 a 1.937 Diminuye %Estimado de Incidentes relacionados con PC en UNAD: 80% a 10% y % Estimado de Incidentes No resueltas en UNAD:97% a 2% Encuesta: 100%Conocen proceso Utilización: 100% AA y 90% MdF;Satisfacción con el procedimientoAA:100% ha mejorado;MdF:66% ha mejorado33% Igual;Valoración AA:7,2 y MdF:6,8
Lecciones aprendidas.
La puesta en control del proceso permite resolver incidencias en UNAD; disminuye incidentes.La estandarización del proceso satisface a profesionales implicados

C-172

CIRCUITO DIAGNÓSTICO DE LAS MUJERES DERIVADAS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO MAMOGRÁFICO

CAMPO DIEGO, M.; OPERÉ SALAS, M.E.; FARIÑA SARASQUETA, A.; ISUSI FONTÁN, M. Y GRANDE ICARAN, T..
HOSPITAL DE BASURTO

Palabras Clave: Cribado, Derivación, Biopsia, Demora, Resultados

RESUMEN

Contexto de partida.
En 1997 se inició en la CAPV el programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM) que invita a participar a mujeres de 50-69años con una periodicidad bienal, cuyo objetivo fundamental es reducir la mortalidad por cáncer de mama en la población invitada. El éxito del programa sólo se conseguirá si se acompaña de una gestión rápida y adecuada por parte de un equipo multidisciplinar
Descripción del problema/necesidades.
Son mujeres asintomáticas invitadas a participar sin médico especialista de referencia. Tras la mamografía, se valora por radiólogo responsable decidiendo que requiere revaloración complementaria. Se recita y, tras los estudios necesarios, aquellas que requieren estudio anatomopatológico, serán derivadas al hospital de referencia para realizar biopsia. Esto implica que se convierte en paciente del hospital.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La mujer revalorada es informada de la necesidad de biopsia. El radiólogo le informa del procedimiento, dándole la cita,hoja del consentimiento informado y cita para resultados. Con la correlación radio-patológica se decide actitud a seguir: seguimiento, biopsia quirúrgica o planificación quirúrgica. Para conseguirlo es a través de encuentros multidisciplinares en los que clínicos, radiólogos y patólogos analizan los hallazgos y alcanzan un consenso sobre el manejo según protocolos predefinidos. Para ello se creó en nuestro hospital el Comité de Patología Mamaria, que se reúne semanalmente. En él se presentan las mujeres derivadas del PDPCM que son recibidas por un cirujano-ginecólogo quien les informa del resultado y la decisión.
Resultados obtenidos.
El circuito diagnóstico de la paciente derivada en nuestra unidad queda establecido así. Hemos comparado tiempos de demora, tasas de revaloración y biopsias con los estándares mínimos y deseables según las guias europeas de calidad correspondientes. También se ha realizado encuesta de satisfacción entre las mujeres, hemos analizado las mujeres que fueron derivadas con resultado final de benignidad y los datos de aquellas con resultado de malignidad que requirieron tratamiento.
Lecciones aprendidas.
La implantación del Comité de mama en nuestro hospital permite una rápida gestión del proceso diagnóstico y terapéutico en las mujeres que tras acudir al PDPCM requieren biopsia. La reunión interdisciplinar permite correlacionar los hallazgos mamográficos con el resultado anatomo-patológico y consensuar la actitud posterior. La rápida gestión es importante ya que la demora en comunicar resultados, realizar valoraciones o intervenir quirúrgicamente es causa probable de angustia y preocupación.

C-173

SATISFACCIÓN DE USUARIOS, FAMILIARES Y SERVICIOS COMUNITARIOS, CON UN PROGRAMA DE APOYO COMUNITARIO (TAC)

LLOVET HAYA, JOSÉ MARIA; ANDRÉS MORA, HILARI; MEROÑO FAULÍ, SANDRA; MANRIQUE , ANTONIA; MEDINA GALERA, JUAN Y OTÍN GRASA, JOSE MARIA.
PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU

Palabras Clave: tratamiento asertivo comunitario, psiquiatria, rehabilitación,TMG

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en la Unidad SERPI (Servicio Especializado Rehabilitación Psiquiatrica Intensiva) del Parc Sanitari Sant Joan de Deu de Barcelona. Los profesionales implicados son los integrantes del equipo multidisciplinar de rehabilitación psiquiatrica (2 Psiquiatras, 2 DUE, 2 Educadores Sociales, 2 Trabajadores Sociales)
Descripción del problema/necesidades.
Partiendo de la existencia de pacientes afectos de TMG, largamente problema/ institucionalizados y con grandes dificultades para su alta y necesidades reinserción comunitarias, se diseñó un programa “puente” entre el Hospital y la Comunidad
Es de todos conocido la existencia de aspectos de yatrogenia en los pacientes largamente institucionalizados (perdida de autonomia, desvinculación de la familia, aislamiento social, dependencia regresiva, en ocasiones pasa a ser un “olvidado” para la sociedad)
Desarrollo y soluciones aportadas.
El equipo, inspirandose en la filosofía del Tratamiento Asertivo Comunitario, desarrolló el Programa de Soporte Comunitario. Se implantó su funcionamiento, para facilitar el proceso de alta hospitalaria y reinsercion comunitaria con parametros de calidad y satisfacción para el paciente, la familia y el entorno psicosocial. Tras el diseño del proyecto se estableció un tiempo de información y difusión dirigido a: Usuarios, Familias, Profesionales, Estructuras asistenciales y sociales implicadas en la atención a la salud mental. Se utilizó metodologia habitual: Sesiones informativas, Dipticos informativos, Sesiones clínicas, Congresos
Resultados obtenidos.
Se objetivó el incrementó el numero de altas posibles y de la calidad de las mismas, constatandose la disminución de los ingresos y mayor satisfacción de usuarios, familias y profesionales de la red comunitaria. Para evaluar se utilizaron cuestionarios heteroaplicados de satisfacción de usuarios, familias y servicios y la escala CSCV (Cuestionario Sevilla Calidad de Vida)
Lecciones aprendidas.
La intervención del equipo terapeutico en el entorno comunitario “in situ”, facilita la consolidación del vinculo terapeutico necesario. Se ha mostrado altamente eficaz para disminuir las recaidas, para mejorar la calidad de vida de los pacientes externados y de sus familias, se facilita la revinculación con recursos comunitarios (sanitarios, socioculturales etc.) disminuye la percepción de estigmatización del paciente y de su entorno. La reinsercion comunitaria de TMG largamente institucionalizados, es posible. Pero es preciso adecuar los recursos sociolaborales, de lugar de vida y de profesionales de apoyo en los programas ambulatorios.

C-174

PLAN DE MEJORA BASADO EN GESTIÓN POR PROCESOS APLICADO A LOS CONTRATOS DE GESTIÓN DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

JAVIER GIMENEZ ARNAU; ABENZA MORENO, JUAN JOSE; TOMÁS FERNANDEZ APARICIO; SUSANA SANCHEZ BAUTISTA; Mª PAZ RAMOS HERNÁNDEZ Y ENCARNACIÓN RUBIRA MARTINEZ.
DIRECCIÓN GENERAL ASISTENCIA SANITARIA. S.M.S

Palabras Clave: mejora, procesos, intranet, EFQM, eficiencia, eficacia

RESUMEN

Contexto de partida.
El Contrato de Gestión del Servicio Murciano de Salud (SMS) es una herramienta de gestión descentralizada a través de la cual la gerencia del SMS traslada a sus centros las líneas estratégicas de la política sanitaria regional. El contrato de gestión, es el documento que habrán de dirigir las principales líneas de actuación en cada una de las gerencias del Servicio Murciano de Salud. Por resumir y fijar ideas, estos objetivos focalizaban su atención en el paciente, en el modelo organizativo y en los profesionales
Descripción del problema/necesidades.
La necesaria capacidad de adaptación que hemos de tener para hacer frente a los nuevos retos de gestión y a las dificultades que nos plantea el entorno. La próxima apertura de grandes infraestructuras sanitarias en nuestra Región, el modelo organizativo basado en gerencias únicas de área, la renovación e innovación tecnológica o la adaptación del sistema a las necesidades de los pacientes
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha utilizado la intranet propia como conexión entre las gerencias y ss.Cc. Se diseñó una ficha de proceso estándar para los planes de mejora, con los siguientes campos:criterio/ subcriterio del contrato de gestion,identificador del proyecto,nº objetivos del proyecto / resultados a alcanzar,nombre del proyecto,propietario- responsable de asegurar desarrollo e implantación,componentes del equipo de mejora, fecha de comienzo y finalizacion, inversiones necesariasgastos asociados, cronograma-indicadores asociados. Cuatro iniciativas implantadas como planes de mejora, estas son:diseño dentro de la intranet como buzón de documentación para el c.G 2009 en una primera fase. Formación del personal para uso y manejo de la intranet. Modificación en de las plantillas del cuadro mandos y plantillas para informes de indicadores cualitativos.
Resultados obtenidos.
generación de responsable del contrato gestion de cada Gerencia, curso de formación de la intranet para los responsables tecnicos, respositorio de datos único para cada gerencia y para todos los indicadores, mejora en las tablas de datos, potenciación de la intranet propia y aprendizaje de nuevas tecnologías, asi como la normalización y estandarizacion de las bases de datos y la creación de un foro de encuentro entre gerencias y servicios centrales
Lecciones aprendidas.
Existen recursos suficientes internos para hacer planes de mejora, aplicando el modelo gestión por proceos nos permie mejorar y facilitar el trabajo de todos los grupos de interes, la implantación del modelo EFQM en los contratos de Gestión y en toda la organización provoca cambios tanto a nivel estructural como funcional.

C-180

PROYECTO DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA PARA LOS PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

JIMÉNEZ DEL CASTILLO, M; SÁNCHEZ-VILAR BURDIEL, O. ; NIETO ÁLVAREZ, C. ; SÁEZ ORTEGA, J. ; HERNÁNDEZ SALINERO, M. Y COMES GORRIZ, N..
FUNDACION JIMENEZ DIAZ-CAPIO

Palabras Clave: Nutrición enteral domiciliaria, Coordinación niveles asistenciales

RESUMEN

Contexto de partida.

Es un trabajo de coordinación entre niveles asistenciales Primaria-Especializada, realizado desde el Servicio de Endocrinología y Nutrición, a través de la herramienta informática de comunicación con A.Primaria, en colaboración con los Departamentos de Informática y Compras, con la finalidad de dar agilidad a los procesos.

Descripción del problema/necesidades.

Surge a partir de la asignación de nuestro centro como Hospital de Area Sanitaria con la consiguiente repercusión directa en el aumento de pacientes potencialmente subsidiarios de esta prestación. Dichos pacientes suelen tener patologías asociadas en la mayoría de los casos que limitan de manera importante su capacidad de movilidad al centro de Atención Especializada de referencia. Esta prestación está sometida a una legislación específica que en la CAM implica la responsabilidad directa de su gestión a los centros de Atención Especializada. Se buscó facilitar el acceso a dicha prestación tanto a los pacientes no válidos y/o con movilidad limitada como a los centros de Atención Primaria, que son en primer término los que canalizan la solicitud de dicha prestación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se inició partiendo del circuito ya existente en nuestro centro. El Dpto. de Informática facilitó la adecuación del mismo a la herramienta informática existente, con las modificaciones pertinentes para generar cuestionarios que se adaptaran a dicho soporte informático. El Dpto de Compras colaboró en la creación de los circuitos adecuados para cubrir las necesidades de material a los centros de At. Primaria. Se difundió el proyecto en reuniones conjuntas entre las direcciones de ambos niveles asistenciales,generando también un buzón de correo electrónico.

Resultados obtenidos.

Tras la implantación del proyecto en febrero de 2009 se ha facilitado el acceso a esta prestación a más de 25 pacientes con importante dificultad para movilizarse, de manera ágil y con adecuación ceñida a legislación. También se ha generado un registro de dichos pacientes dentro del Servicio de Endocrinología y Nutrición, lo que facilita la resolución de los potenciales problemas que con el manejo de esta prestación pudieran surgir al conocer a los pacientes y contar con información actualizada.

Lecciones aprendidas.

Este proyecto nos ha demostrado la necesidad de herramientas ágiles y accesibles para todos los profesionales de ambos niveles asistenciales, así como la necesidad de facilitar a este tipo de pacientes el acceso a este recurso presente en la cartera de prestaciones comunes del sistema nacional de salud.

C-181

MODIFICACIÓN 2008 DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

MONTERO, GEMA ROCIO.; RUEDA MORA, SARA; REDONDO GRACIA, Mª EUGENIA.; ROMERO BLANCO, ISABEL; MARTINEZ CABRERA, BELEN Y POZO MERCHAN, DESIREE.
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA.MALAGA

Palabras Clave: CMBD, CIE-9MC, Gestión, Calidad, Evaluacion, Codificacion.

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo desarrollado en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

Trabajo realizado por seis técnicos en codificación adscritos a los distintas unidades de codificación de los tres pabellones del HRU Carlos Haya.

Descripción del problema/necesidades.

Describir el uso de los nuevos códigos diagnósticos y de procedimientos introducidos en la nueva modificación de la CIE9-MC.

Generar hipótesis sobre el uso de los nuevos códigos.

Seleccionar los códigos sobre los que realizar estudio analítico de su correcta utilización.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se analiza el CMBDAH del año 2008 HRU Carlos Haya, se evalúa la soluciones aportadas utilización de los nuevos códigos diagnósticos y de procedimientos de la modificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades para 2008.

Se dividen los códigos en tres categorías: Códigos utilizados como diagnóstico principal Códigos utilizados como diagnósticos secundarios Códigos utilizados como procedimiento principal, agrupados a nivel de categoría.

Se realiza análisis descriptivo utilizando medidas de frecuencias absolutas y relativas de cada código dentro de cada grupo, así como su representación gráfica mediante diagramas de barras y de sectores.

Resultados obtenidos.

Poder describir el uso que se ha hecho de los nuevos códigos, para cuantificar el impacto de éstos dentro de la casuística de nuestro Complejo Hospitalario.

Surgió la necesidad de realizar estudio analítico de los códigos utilizados con mayor frecuencia, tanto como código diagnóstico primario, como código diagnóstico secundario

Lecciones aprendidas.

Cuando se pone en marcha una nueva modificación CIE-9, (cada 2 años), es Útil realizar análisis descriptivo de su utilización que nos pueda generar hipótesis de trabajo, para el posterior estudio analítico

C-182

TELECORDAL, UN NUEVO INSTRUMENTO, UNA NUEVA AYUDA

GARCÍA PALMA, ALFONSO; HERCE LÓPEZ, JAVER; SALAZAR FERNÁNDEZ, CLARA; SOTO IBARRETA, Mª TERESA; MILLAN BRAVO, FATIMA Y ALVARO NIETO, REINOSO.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA NORTE

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

El presente trabajo se desarrolla en el Distrito Sanitario Sevilla Norte, desde sus unidades de Odontología, hacia el Hospital Virgen Macarena al servicio de Cirugía Maxilofacial. Dicho trabajo, está siendo desarrollado por los Odontoestomatólogos de Atención Primaria y los cirujanos de Cirugía Maxilofacial de los centros respectivos.

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto TELECORDAL, es un intento de abordar una de las patologías, motivo de consulta más frecuente en el Servicio de Cirugía Maxilofacial; siendo la patología del tercer molar, el principal motivo de derivación desde el servicio de Odontología de Atención Primaria hacia el Hospital para tratamiento, el cual suele consistir en último término, en su exodoncia quirúrgica. Con este fin, dicho servicio, precisaba de una primera cita para valoración del paciente (con un tiempo de espera de unos 25 días) y otra para su intervención (entre 2 y 3 meses de espera). Con el nuevo sistema, conseguimos eliminar la primera cita y el paciente solo tiene que aguardar la cita para tratamiento.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este trabajo, consiste en una vez diagnosticado, en la consulta de Atención Primaria por el Odontoestomatólogo, demostrado clínica y radiológicamente, la necesidad de exodoncia del tercer molar, superando este un grado de Koerchner 7; obteniendo por tanto indicación de asistencia en el servicio de Cirugía Maxilofacial de referencia, en nuestro caso el Hospital Virgen Macarena por los cirujanos Maxilofaciales; rellenemos una ficha telemática que enviamos por internet, a la dirección: telemaxilo.hvm.sspa@juntadeandalucia.es . Por otro lado y gracias a la digitalización de los estudios radiográficos, el cirujano maxilofacial, podrá ver la placa radiográfica, accediendo a su ficha en el Hospital.

Así pues, con la ficha de los datos clínicos de interés y el estudio radiográfico, si no existe ninguna contraindicación ni necesidad de estudios complementarios, el servicio de Cirugía procederá a darle cita por teléfono al paciente para exodoncia del cordal.

Resultados obtenidos.

Desde la puesta en marcha del proyecto, 2/01/09, desde el servicio de Odontología de Atención Primaria de Guillena, hemos derivado 21 casos por este procedimiento, todos resueltos satisfactoriamente, salvo 1 que necesitó de pruebas complementarias.

Lecciones aprendidas.

Mediante el desarrollo de este proyecto, hemos podido:

-Disminuir tiempo de espera, para la resolución de la patología.

-Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes.

-Descongestionar las primeras consultas del servicio de Cirugía Maxilofacial.

C-183

GESTIÓN DE INTERACCIONES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS COMO CRITERIO DE CALIDAD

MADRIGAL PARRADO, J.I.; MARTÍN GONZÁLEZ, V.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M.; CRIADO GÓMEZ, Y.; GARCÍA CAGIGAL, A. Y REDONDO ROJO, M.J..
HOSPITAL SAN ELOY

Palabras Clave: Continuidad de cuidados, interacciones,

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se ha realizado en el Sº de Urgencias del Hospital San Eloy, comarcal de agudos de Osakidetza-SVS, que da cobertura sanitaria a la comarca Barakaldo-Sestao (Bizkaia) con una población aproximada de 130.000 personas. El nº de urgencias atendidas en 2008 fue de 34.766 con un porcentaje de ingresos del 8.89% En el trabajo han participado el jefe y el supervisor de urgencias en colaboración con las supervisión del area de hospitalización

Descripción del problema/necesidades.

La ausencia de un protocolo con criterios definidos del circuito de problema/ ingreso de los pacientes, unido a la demora existente al realizarlos, y necesidades la falta de consenso en los criterios que garantizaran la continuidad de cuidados del paciente, originaban enfrentamientos entre el Sº de urgencias y las distintas áreas de hospitalización y una merma de la prestación de la asistencia a los pacientes-usuarios Las quejas remitidas por los profesionales de urgencias y de hospitalización así como la monitorización de las demoras en los traslados de los pacientes a planta nos permitió detectar y cuantificar el problema

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se decidió crear un protocolo de ingreso en planta, consensuado con las áreas de hospitalización, para garantizar una sistematización en las actuaciones de todos los profesionales en la realización de los ingresos. Posteriormente se presentó a la dirección de enfermería y a las supervisoras de las áreas de hospitalización para su análisis y propuesta de mejoras Entre los criterios establecidos para garantizar la continuidad de cuidados se definieron chequeos en el estado de cuidados físicos del paciente, comprobación de documentación del paciente y atención recibida en urgencias (cuidaos y tratamientos administrados) Una vez elaborado el protocolo definitivo se dio a conocer a todos los profesionales Como mecanismo de control se estableció un sistema de notificación de incidencias producidas por el incumplimiento del protocolo que solo se notificaría al supervisor de urgencias

Resultados obtenidos.

La canalización de las incidencias a través de las supervisiones ha supuesto una mejora de las relaciones entre los profesionales Se está observando disminución en la demora de ingresos en planta y mejora de la información a pacientes y familiares respecto al ingreso, según valoración por la encuesta de satisfacción

Lecciones aprendidas.

Establecer acuerdos interservicios mejora las relaciones profesionales y la prestación de la asistencia sanitaria al paciente de forma integral El establecimiento de canales de comunicación y estrategias Ganar-Ganar son claves para mejorar las interacciones de los procesos

C-184

ESTUDIO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

SAMPEDRO ABASCAL,C.*; VELARDO HERNÁNDEZ,A.; ALBARRÁN SÁNCHEZ, Mª J.; CAMACHO IBÁÑEZ, J.L.; CABEZAS SAURA, P.B. Y DIAZ GIL, A..
ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras Clave: Diabetes, Retinopatía, Prevalencia, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en Atención Primaria, en un Centro de Salud de Sevilla, por un equipo multidisciplinar que consta de un Oftalmólogo, un Médico de Familia, una Enfermera y una Administrativa.
Descripción del problema/necesidades.
La Retinopatía Diabética (RD) es una enfermedad de elevada prevalencia y progresiva. Es la segunda causa de ceguera en España y la primera en edad laboral. Es un problema prioritario de salud. El Plan Andaluz de Salud contempla entre sus objetivos mantener la tendencia descendente de los casos de ceguera por RD. Tratamos de impulsar la realización del cribado para la detección precoz de la Retinopatía en Atención Primaria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se llevó a cabo durante los años 2006 a 2008.Se trata de un estudio descriptivo de362 pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 (DM2). En el Sistema Sanitario Andaluz, el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con DM2 se realiza en los Centros de Atención Primaria por los Médicos de Familia y los/as enfermeras registrándose a través de DIRAYA.
Mediante un Retinógrafo no Midriático, la enfermera les realiza las Retinografías a los pacientes DM2 y la red sanitaria permite enviarlas por correo electrónico al MF para cribado de la retinopatía y éste sus dudas o si es patológico al oftalmólogo de referencia.
Actualmente hemos realizado un proyecto de investigación sobre la RD y factores asociados, el presente Proyecto ha sido aprobado por laComisión de Ética e Investigación del Distrito de Sevilla, en espera de la aprobación por la Junta de Andalucía.
Resultados obtenidos.
De las retinografías realizadas, 30 eran patológicas (8,40%), con una media de edad de 63,31 años(DT 6,85, rango 45-81),con Colesterol HDL registrado sólo había 10 (33,33%), con Hipertensión Arterial 18 (60%), asociados a cardiopatía isquémica 3 (10%), de las hemoglobinas glicadas(HbA1c) realizadas 28 pacientes (93,33%), la media fue de 7,98%. Por lo que respecta a los años de evolución de la diabetes el 70% llevaban más de 10 años diagnosticadas. Según grados de RD, 26 padecían Retinopatía No Proliferativa (86,67) y 4 Retinopatía Proliferativa (13,33%). Insistir en realizar el cribado de la retinopatía. Cubrir al menos el 50% de la población para cumplir con la norma de calidad incluida en el Proceso Asistencial Integrado diabetes (PAI). Hay que seguir estudiando a una población más amplia y los factores asociados, para así abordar su prevención de una manera más precisa.
Lecciones aprendidas.- Se evidencia una elevada calidad en la gestión del PAI.
- Controlar factores que pueden estar implicados.
- Insistir en el cribado ocular.

C-185

EVALUACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS INFANTIL EN EL HRU CARLOS HAYA

CASTILLEJO MALDONADO, A; FERNÁNDEZ SAINZ, D; DE LA TORRE GÁLVEZ, IM; ROMERO GIL, GLORIA; MOYA VALERO, J Y GARCÍA ORTEGA, MA.
HRU CARLOS HAYA

Palabras Clave: Otoemisiones, Hipoacusias, Atención Temprana

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha desarrollado en el pabellón maternoinfantil del HRU Carlos Haya de Málaga, estando implicados cargos intermedios y profesionales de la unidad de puerperio y del servicio de otorrinolaringología del hospital.
Descripción del problema/necesidades.
Como respuesta al proceso asistencial integrado de atención temprana y enamarcado en el programa de detección precoz de hipoacusias infantiles, se inició el desarrollo e implantación del programa en el hospital, detectando una serie de limitaciones que se han ido solventando a lo largo del tiempo mediante propuestas de mejora y evaluación continua de los indicadores de calidad marcados inicialmente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se inició con un estudio dafo de limitaciones y fortalezas para crear líneas de trabajo consecuentes y adaptadas a la realidad asistencial del centro así como de los recursos existentes. Los profesionales implicados en su desarrollo inicial forman parte de la unidad de desarrollo profesional del centro y cargos intermedios de las áreas involucradas en el programa (puerperio y orl). La difusión al resto de profesionales se realizó mediante reparto de protocolo y registros específicos de la técnica, diagrama del circuito a seguir en casa situación posible, presentados en sesiones informativas, talleres y formación individualizada. Una vez instaurado el programa se diseñó una base de datos con los indicadores de calidad pertinentes para su posterior evaluación.
Resultados obtenidos.
Tras su implantación se detectaron limitaciones organizativas y estructurales que tras un replanteamiento se han podido subsanar significativamente, contribuyendo a un aumento de la especificidad de la prueba y de los resultados.
Lecciones aprendidas.
Una planificación previa de las limitaciones, fortalezas y recursos disponibles facilita la visión global de la actuación a desarrollar, acortando tiempos de espera y previendo puntos débiles sobre los que actuar con antelación.

C-186

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

APEZETXEA CELAYA, A..
HOSPITAL DE BASURTO

Palabras Clave: Hospitalización a Domicilio, Gestión del Conocimiento

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital de Basurto. El diseño lo realizó el responsable de la Unidad y fueron evaluados todos los miembros del equipo (4 médicos, 7 DUEs y 1 auxiliar administrativo)

Descripción del problema/necesidades.

El punto de partida fue la ausencia de definición sobre el perfil tanto en términos de actitudes como de aptitudes, del personal que trabaja en las Unidades de Hospitalización a Domicilio. Esta falta de definición hacía que no se supiera exactamente qué áreas de conocimientos debían dominar estos profesionales, ni qué actitudes eran importantes de cara a la atención en el domicilio lo que podía reflejarse en una mala valoración por parte de nuestros pacientes en las encuestas de satisfacción. Por otra parte, ante unos posibles resultados negativos en las encuestas, no sabríamos sobre qué o quien actuar para aportar formación específica para corregir los déficits detectados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En la primera fase se distribuyó una encuesta individual a todos los profesionales de la Unidad para que, en base a su experiencia, expusieran cuales eran los conocimientos necesarios para ejercer su actividad y cuales eran las características personales más adecuadas para trabajar en la Unidad. Con las respuestas obtenidas se elaboró un cuestionario específico para cada grupo profesional (médicos, DUEs Y Auxiliar Administrativo) para que cada uno se autoevaluara y se puntuara del 1 al 10 en cada uno de los ítems tanto del área de actitudes como de la de actitudes.

Resultados obtenidos.

La participación fue del 100% y con los resultados obtenidos se elaboró un Mapa del Conocimiento de cada grupo profesional, lo que nos permite actualmente detectar déficits de conocimiento de alguno de los profesionales y priorizar las acciones de formación, así como valorar el resultado de dichas acciones mediante nuevas autoevaluaciones una vez completadas las mismas. Asimismo mediante el Mapa de Actitudes podemos detectar qué personas muestran carencias en áreas definidas como necesarias tales como trato, amabilidad, comunicación o empatía y corregirlas mediante formación específica, lo cual se reflejará posteriormente en los resultados de las encuestas de satisfacción, como así ha sido.

Lecciones aprendidas.

Es posible definir las características necesarias para ejercer una actividad de la que no existe ningún perfil diseñado mediante la colaboración de todos los miembros del equipo y la Gestión del Conocimiento. Próximamente, seguiremos avanzando para realizar una evaluación de 360 grados. La metodología aplicada es sencilla y adaptable a cualquier entorno.

C-187

IMPACTO DE SESIONES CONJUNTAS INTERNIVELES PARA LA IMPLANTACION DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN URGENCIAS

FELIX PLAZA MORENO; MIGUEL MARTÍNEZ DEL CAMPO; MARCELA PEDERNERA AYEN; PAOLA PÉREZ; ARÁNZAU GARCÍA Y RAFAEL REINA.
DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Gestión, interniveles, procesos asistenciales, impacto

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se desarrolló de manera conjunta entre los profesionales del H.A.R. de Benalmádena y el DCCU del C.S. de Arroyo de la Miel del Distrito S. Costa del Sol. La idea surge en las reuniones periódicas interniveles Hospital-Urgencias AP del Distrito Costa del Sol. Los profesionales implicados son los médicos/as y enfermeros/as de ambas instituciones que trabajan en al ámbito de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias respectivamente.

Descripción del problema/necesidades.

Los modelos de gestión clínica pretenden formar, informar e incentivar a los profesionales para que tomen decisiones con mejor coste-efectividad. Este modelo de gestión involucra activamente a los profesionales porque ha adoptado el lenguaje de los clínicos y se ha centrado en el proceso asistencial. La adecuada coordinación entre los diferentes niveles que intervienen en el proceso urgente es un objetivo prioritario que deben plantearse las organizaciones. La continuidad asistencial es el objetivo a conseguir y por tanto una dimensión de la calidad que incide directamente sobre un proceso adecuado y mejores resultados.

La coordinación interniveles es un término que describe una relación estructurada entre diferentes niveles que actúan sobre un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes.

En espera de los resultados finales, que se mediran mediante cuestionario de impacto de las sesiones realizadas a todos los profesionales pretendemos analizar si este tipo de actividad cambia la manera de actuar en los profesionales y si tiene incidencia en la atención a los pacientes.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó una sesión inicial sobre el proceso asistencial integrado dolor torácico y tras esta sesiones trimestrales. Se incian sesiones formativas donde se explica el proceso asistencial junto a casos clínicos reales analizando la solución final de manera conjunta. El proyecto se inicia entre los coordinadores de ambas instituciones yse difunde en carteles informativos. Fase Preparación (cronograma) Fase Formativa (sesiones) Fase Evaluación del Impacto (estudio descriptivo de los cuestionarios de impacto)

Resultados obtenidos.

Los resultados están pendientes de análisis descriptivo y por tanto no podemos valorar aún el impacto que tedrán en la práctica clínica diaria.

Lecciones aprendidas.

En primer lugar esta sirviendo en una mejor relación entre los diferentes profesionales de ambos servicios, esta buena disposición indudablemnte redunda en la asistencia al usuario. Este tipo de experiencias se deberían de llevar a la práctica en todos los niveles asistenciales para comprobar/descartar su eficacia.

C-188

RESULTADOS DE UN PLAN DE MEJORA DE LOS INDICADORES DE FARMACIA EN UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

IZQUIERDO PALOMARES, JM; ALMODÓVAR CARRETÓN, MJ; SIGUÍN GÓMEZ, R; LÓPEZ GÓMEZ, C; DÍAZ LÓPEZ, Y Y SAIZ FERNÁNDEZ, LC.
GERENCIA ATENCION PRIMARIA. ÁREA 7

Palabras Clave: Indicadores de calidad, Prescripción de medicamentos

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se desarrolló en el Área 7 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud. Los profesionales que intervinieron en su planificación fueron el Director Médico (DM), los farmacéuticos de Atención Primaria, la Responsable de Calidad y cinco médicos de familia.

Descripción del problema/necesidades.

En diciembre de 2007 los datos de los indicadores preferentes de farmacia del Área 7 estaban por debajo de la media del conjunto de las Áreas de Madrid. Se formó un grupo de mejora para identificar las causas de los resultados desfavorables y plantear propuestas de actividades. En una reunión de 2 horas de duración, coordinada por la Responsable de Calidad, se realizó una tormenta de ideas para identificar los problemas y un análisis de causas mediante el diagrama de Ishikawa, identificándose 10 causas raíces. A continuación cada integrante del grupo envió por correo electrónico al Servicio de Farmacia (SF) sus propuestas de actuación concretas en base a las causas definidas. Con estas aportaciones se elaboró un cronograma a desarrollar durante todo 2008 reflejado en un diagrama de Gantt.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Las principales acciones incluidas en el programa de mejora fueron: presentar sesiones en los centros de salud, especialmente en los que tenían peores resultados (realizado por DM, SF y médicos de familia), incrementar la implicación de los responsables de Uso Racional del Medicamento de los Centros de Salud (DM y SF), entrevistar a los prescriptores con peores indicadores (DM), premiar a los médicos y EAP con mejores resultados (DM), elaborar notas breves periódicas sobre medicamentos (SF).

Resultados obtenidos.

Los resultados del programa se valoraron en función de la evolución entre 2007 y 2008 de los indicadores preferentes de farmacia incluidos en el Contrato de Gestión de 2008. En relación a la media del conjunto de las Áreas de Madrid, las mejoras absolutas del Área 7 en los indicadores acumulados %EFG, %Estatinas elección, %ARAII y %Omeprazol fueron 0,29; 1,17; 0,61 y 0,37 puntos, respectivamente. En DHD Osteoporosis se igualó la mejora de Madrid. Valoramos positivamente los resultados porque, aunque todavía existe margen de mejora, la tendencia en la evolución de los indicadores es favorable.

Lecciones aprendidas.

La puesta en marcha de un programa de mejora planificado con la participación de profesionales de los centros de salud y basado en una estrategia multifocal con acciones factibles y concretas, se ha mostrado como una herramienta útil para la mejora de los indicadores de farmacia.

C-189

MONITORIZACIÓN DE UNA VIA CLINICA DEL EPOC: “NO BASTA CON IMPLANTAR”

CLEMENTE LA SERNA, M.*; CRESPO PESA, P.; SÁNCHEZ NIETO, JM Y CABALLERO MESA.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Monitorización, Indicadores, Vía Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.

Unidad de hospitalización de Neumología. Hospital de área. Entre 2006 y 2008, se diseña y se implanta una vía clínica donde constan cuidados de Enfermería (CE) asignados a las fases: crítica, estabilización, mejoría y alta.

Descripción del problema/necesidades.

Una vez implantada la vía clínica de la EPOC exacerbada con Ventilación no invasiva (VC-EPOCeVNI), enero 2008, es preciso evaluar periódicamente el nivel de calidad para confirmar que estamos en niveles preestablecidos. Se identifican cinco indicadores de proceso en CE, para las cuatro fases evolutivas del proceso asistencial de la EPOC, y se monitoriza al año siguiente de la implantación de la VC (estándares cumplimiento indicadores: 90-100%).

Desarrollo y soluciones aportadas.

Monitorización retrospectiva del nivel de calidad en CE. Fuente datos: historia clínicas aleatorizadas al año siguiente del inicio de la VC. Período evaluado: todos los días de inclusión en VC-EPOCeVNI. Seis indicadores de proceso (I): I1: registro de saturación de oxígeno (SpO2) por turno (fase crítica) y cada 12 horas (fase estable), I2: Existe registro de ECG en primeras 48 horas tras ingreso, I3: cálculo IMC (índice masa corporal), I4: detección hipoalbuminemia y consulta a Nutrición, I5: registro adiestramiento con inhaladores.

Resultados obtenidos.

Durante mayo 2009 se revisan 33 historias clínicas. 22 hombres (66,7%), 11 mujeres (33,3%). Edad: 70±13,4. FEV1 48,5± 24.6. Indicadores: I1 fase crítica, registros SpO2, ningún registro= 44(44,3%), un tercio registros= 21 (21,2%), la mitad registros=2 (2,1%), dos tercios= 14 (14,1%), todos= 18(18,2%). I1 fase estable, registros SpO2, ningún registro= 30 (31,3%), la mitad= 34 (35,4%), todas= 31 (32,3%). I1 todos los registros= 42 ± 19%, Incumplimientos I2= 3 (9,1%), I3= 15 (45,5%), I4= 11/14 (78,5%), I5=17 (51,5%).

Lecciones aprendidas.

1. La monitorización identifica desviaciones del los estándares del nivel de calidad establecidos en CE en la vía Clínica de la EPOC.
2. La notificación a la Unidad de nutrición cuando se detecta hipoalbuminemia, es el indicador que más se incumple. 3. Los registros de saturación de oxígeno, durante la fase crítica, alcanza la mitad de las mediciones necesarias no
Como consecuencia se planean sesiones (fed-back y discusión) y ciclos de mejora según los resultados de la monitorización
Resulta complejo y laborioso diseñar e implantar una vía clínica, por lo que es esencial mantener la vigilancia del nivel de calidad (monitorizar) para mantener los logros del esfuerzo realizado.

C-191

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN REHABILITACIÓN CARDÍACA, PAPEL CLAVE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

GÓMEZ GONZÁLEZ, AM; MONTIEL TRUJILLO, A; BRAVO ESCOBAR, R; AGUILAR JIMÉNEZ, R; CRUZADO ÁLVAREZ, C Y PÉREZ ROMERO DE LA CRUZ, C.
H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

Palabras Clave: Rehabilitación cardiaca, Cardiopatía isquémica, Coordinación, Multidisciplinar

RESUMEN

Contexto de partida.

El programa de rehabilitación cardiaca se realiza en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del H. Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. La Unidad de Rehabilitación Cardiaca está compuesta por un equipo multidisciplinar de profesionales del servicio de Rehabilitación, Cardiología y Psiquiatría, coordinada con Atención Primaria y con colaboradores de otros servicios como Endocrinología, Urología y Unidad de Cuidados Intensivos.

Descripción del problema/necesidades.

La elevada prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular hacen que la cardiopatía isquémica sea la primera causa de morbi-mortalidad por enfermedad del aparato circulatorio en España. La gran comorbilidad (diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso, atrofia muscular, patología degenerativa, ansiedad, depresión) que presentan estos pacientes requiere de una atención multifactorial para el control adecuado. Por tanto, es necesario la coordinación de un equipo multidisciplinar para una valoración eficiente del paciente.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Los programas de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria reducen la morbi-mortalidad y mejoran la calidad de vida. Se basan en una actuación multifactorial donde la información y educación sanitaria, el entrenamiento físico y la psicoterapia son los pilares básicos de actuación. El programa se compone de 3 fases: I u hospitalaria, II o ambulatoria y III o de mantenimiento. La Unidad de Rehabilitación Cardiaca del H. Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, se creó en el año 1999. El equipo multidisciplinar, coordinado por cardiología y rehabilitación, proporcionan atención integral al paciente con cardiopatía estable.

Resultados obtenidos.

La actuación multifactorial del equipo multidisciplinar aporta en un acto único durante el proceso de rehabilitación: Información al paciente. Educación sanitaria para adquirir un hábito de vida cardiosaludable. Seguridad: Supervisión adecuada, continua, que permite la detección precoz de posibles complicaciones. Gestión de consultas: favoreciendo la accesibilidad. Seguimiento directo de la evolución del paciente: continuidad Coordinación con Atención Primaria Alta satisfacción del paciente Mejoría de la calidad de vida: efectividad del programa de rehabilitación con la incorporación del hábito de ejercicio y el control de los FRCV.

Lecciones aprendidas.

La actuación continua y coordinada del equipo multidisciplinar de rehabilitación cardiaca optimiza los recursos, con mayor eficiencia de la calidad asistencial. Mejora la accesibilidad, aportando valoración integral, información, seguridad y continuidad asistencial.

C-192

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MANTENIMIENTO PRODUCTIVO TOTAL (TPM) EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

RUIZ DE LA HERMOSA GONZÁLEZ-CARRATO, R; GÓMEZ BLANCO, A.; CASTREJÓN SORIANO, A. Y CARNERO MOYA, Mª C. .
E.T.S.I.INDUSTRIALES-UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

Palabras Clave: TPM, hospital, mejora, eficiencia, calidad, certificación.

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se realiza en colaboración entre la Escuela Técnica de Ingenieros Industriales de Ciudad Real (área de Organización de Empresas) de la Universidad de Castilla-La Mancha y el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital General de Ciudad Real.

Descripción del problema/necesidades.

Las organizaciones sanitarias, a diferencia de las empresas de manufactura, no incluyen la generación de beneficios económicos como objetivo prioritario y, tradicionalmente han presentado una importante estructura organizativa vertical. Estos factores han facilitado la existencia de ineficiencias en la prestación de servicios sanitarios que pueden repercutir en la calidad de la atención a los pacientes.

El objetivo perseguido es maximizar la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios mediante un sistema de mejora continua y prevención de posibles ineficiencias en todas las operaciones que realiza una Unidad Hospitalaria.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para llevar a cabo la mejora continua del sistema hospitalario se ha considerado la implantación de un programa de Mantenimiento Productivo Total (TPM). El proceso de implantación ha comenzado con la selección del servicio hospitalario más adecuado para este tipo de metodología, así como la selección del grupo de trabajo TPM. A continuación, se ha realizado una campaña de información para los profesionales hospitalarios y se ha desarrollado un plan de implantación de TPM basado en varias etapas: 1. Diagnóstico de la situación de partida. 2. Plan de acción y objetivos. 3. Desarrollo del plan. 4. Análisis de las ineficiencias de los procesos. 5. Desarrollo del automantenimiento.
6. Desarrollo del mantenimiento programado. 7. Formación de los profesionales en la metodología del mantenimiento global. 8. Integración del TPM en los sistemas de gestión de los nuevos equipos. 9. Certificación del sistema.

Resultados obtenidos.

Se ha demostrado que el sistema TPM es aplicable para la gestión de los procesos de mantenimiento del ámbito sanitario. Su filosofía promueve mejoras en la eficiencia y calidad de la prestación de los servicios sanitarios y en la satisfacción de los profesionales.

Lecciones aprendidas.

La aplicación de TPM puede ser un hecho en empresas de servicios, generando importantes mejoras a partir de pequeños cambios organizativos, de gestión y de carácter técnico. La implicación de todas las partes afectadas es fundamental para el buen desarrollo de esta política de mantenimiento.

C-193

MODELO DE GESTIÓN DE CUIDADOS H. G. U. ALICANTE: EVALUACIÓN DE INDICADORES ESTÁNDAR

ABELLÁN* GARCÍA, C.; FERNÁNDEZ MOLINA, M. A.; RODRÍGUEZ AGUILAR, G.; DOMINGO POZO, M.; IZQUIERDO GARCÍA, N. Y MARTÍN GARCÍA, D..
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Palabras Clave: Gestión Clínica, Calidad, Riesgos, Seguridad, Cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se desarrolla en el Hospital General Universitario de Alicante, perteneciente a la Agencia ValenciAna de Salud, dispone de 821 camas y presta su servicio a más de 300.000 pacientes potenciales. En el estudio se ven implicados los supervisores y profesionales de enfermería del centro.

Descripción del problema/necesidades.
Solo se dispone de datos globales sobre la calidad de cuidados correspondientes a un corte de un día al año. Se realiza una monitorización continua por unidades durante 6 meses y un estudio sobre acontecimientos adversos para la cuantificación del problema.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se llevó a cabo un análisis de Calidad de los Cuidados con una muestra de 10.464 pacientes para detectar las incidencias individualizadas por Unidades. Se analizaron las causas de esos problemas con 30 indicadores, elaboración de mapas de riesgos, comprobando la existencia de diferencias según los periodos y la Unidad. Se comunica a supervisores y enfermeros. A partir de este estudio se decide implantar un Modelo de Gestión de Calidad de Cuidados.

Resultados obtenidos.
Se decide instaurar la Autoevaluación como análisis permanente de la Calidad de los Cuidados por Unidad. Las soluciones aportadas consiguieron implantar la cultura de seguridad al evaluar sus resultados. Una vez realizado el proyecto, surgieron las necesidades de iniciar los mecanismos de formación, mantener la información de los resultados como una herramienta habitual y considerar la reevaluación como un objetivo de los acuerdos de gestión con un peso específico alto.

Lecciones aprendidas.
La autoevaluación presenta información de mayor calidad. Implica a los profesionales. Ha proporcionado indicadores que son medibles tanto cualitativa como cuantitativamente y como consecuencias una mejora en relación Profesional / Paciente a nivel de Seguridad. En 2009 el proyecto se diferencia que las monitorizaciones se realizarán en distintas etapas. Poner en marcha el Plan de Gestión de Riesgos y Seguridad en los cuidados. Podríamos decir que La Gestión clínica aplicada incorpora a los profesionales a la gestión, favorece la formación, el trabajo en equipo y la orientación de objetivos. Se integra entre las herramientas de la gestión el cambio de las prácticas profesionales existentes abordando la prevención del riesgo y detección de incidencias de sucesos adversos relacionados con los cuidados, para determinar sus causas y proponer mejoras que eviten su repetición.

C-194

MEJORA E INNOVACIÓN EN EL PROCESO DE LA UNIDAD DE CIRURGIA SIN INGRESO

SALVADOR VERGES, A.; MORET, LL.; NICOLAS, I. Y PUJOL, D..
HOSPITAL PLATÓ

Palabras Clave: procesos, mejora continua, UCSI, EFQM, innovación

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital tiene un fuerte compromiso con la excelencia en la gestión.
Desde el año 2003 ha adoptado el modelo EFQM.
Después de definir el mapa de procesos, el primer proceso que se implantó fue el de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).
Esta metodología se implantó como prueba piloto en el proceso de la UCSI y ahora ya se está aplicando al resto de procesos de la organización.

Descripción del problema/necesidades.
Con la aplicación de esta metodología se pretende sistematizar la mejora del proceso; con ella se dan herramientas a los propietarios para que puedan priorizar qué acciones de mejora realizar, a partir del análisis de los indicadores que monitorizan, de las incidencias que van resolviendo en el día a día, de las sugerencias del resto de profesionales y de las encuestas de satisfacción de los pacientes.

Desarrollo y soluciones aportadas.
La metodología : 1.Analizar el proceso e identificar problemas y oportunidades de mejora
Hacer una revisión y valoración anual del proceso para ver sus puntos fuertes y débiles, y las posibles oportunidades de mejora.
2.Priorizarlos y seleccionarlos
El objetivo es decidir en base a criterios objetivos cuales son los que se tienen que trabajar durante el próximo año.
3.Definir y planificar
Definir el responsable, el grupo de mejora, planificar el proyecto, describir la situación actual, describir la situación futura, el objetivo, analizar las causas del problema, identificar las posibles soluciones, seleccionar la mejor solución, planificar el proyecto
4.Ejecutar los proyectos de mejora
En esta fase el responsable y el grupo trabajan el proyecto según lo planificado.
5.Seguimiento del proceso y de su mejora

Resultados obtenidos.
Proyectos de mejora seleccionados:
Reducir Nº In. anuladas, Definir criterios en el seguimiento postoperatorio, Aumentar índice de ocupación de los quirófanos y boxes
Tambien fueron seleccionadas Quick-Wins :
Fomentar registro incidencias asistenciales, Solucionar disfunciones del seguimiento postoperatorio, , Ajustar la hora de citación a la de intervención, Registrar las incidencias de profesionales, Solucionar circuito de reposición de pijamas, Mejorar la coordinación de limpieza a mediodía, Fomentar la identificación de enfermería.

Lecciones aprendidas.
Los efectos inmediatos, fueron visibles de inmediato.
Las soluciones rápidas fueron un éxito, pero surgieron más proyectos de mejora que se aplazaron por su magnitud.
Las reuniones multidisciplinares son una herramienta muy potente, los profesionales asistenciales, necesitan un tiempo de dedicación extra, para estudiar, planificar y ejecutarlas acciones de mejora

C-200

NUTRICIONES PARENTERALES DEVUELTAS AL SERVICIO DE FARMACIA. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

GÓMEZ-BARAZA, C; AGUSTIN, MJ; CAÑAMARES, I; VARELA, I; SERRANO, MC Y ABAD, R.*.
HOSPITAL U. MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

Palabras Clave: Nutrición Parenteral, Devolución, Farmacotecnia

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en el laboratorio de farmacia de un hospital universitario de tercer nivel por farmacéuticos del área de farmacotecnia.

Descripción del problema/necesidades.

Ante el aumento de nutriciones parenterales (NP) devueltas al laboratorio de farmacia se decidió analizar las características de las NP y las circunstancias asociadas a dicha devolución con el propósito de optimizar el trabajo en el área de farmacotecnia para reducir la preparación de nutriciones parenterales innecesarias y mejorar la gestión de los recursos disminuyendo las nutriciones que deben desecharse.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Los datos se obtuvieron del laboratorio del Servicio de Farmacia. Para ello se diseño una hoja de recogida de información mediante la cual, cada vez que se devolvía una nutrición, se registraban las siguientes variables: tipo de nutrición (central o periférica), servicio médico solicitante, motivo de devolución, forma de devolución y coste económico de la misma.

El periodo de recogida de información abarcó los meses de Marzo y Abril del 2009, registrándose también si posteriormente la nutrición había podido ser utilizada.

Resultados obtenidos.

Se devolvieron un total de 93 nutriciones lo que supuso una tasa de devoluciones de 1.5 nutriciones/día, de las cuales el 65.6% eran nutriciones parenterales centrales y el 34.4% eran periféricas. Los servicios implicados fueron principalmente UCIs (29%), urología (16.1%), medicina interna (13.9%), cirugía general (10.7%), digestivo (9.7%) y oncología (9.7%). Los motivos de las devoluciones fueron en 49 ocasiones por una cambio de vía, en 11 por mejoría del paciente, en 10 por un cambio en la nutrición parenteral, en 7 por exitus, en 4 por empeoramiento del paciente y en 2 por otras causas (rotura de la bolsa, pérdida…). En 8 casos no se pudo recoger la información. La forma de notificar la devolución fue con papel (44%) y por teléfono (43%) principalmente, aunque en un caso se informó a través del celador y en 10 ocasiones se perdió el dato. Sólo se registró correctamente la información sobre la reutilización en el 61,7 % de las nutriciones, y de estas se aprovecharon el 49.1 %. El importe de las nutriciones devueltas al servicio de Farmacia fue de 3031.27 € (50.52€ / día).

Lecciones aprendidas.

La recogida de información ha identificado los servicios implicados en las devoluciones de NP y los motivos de estas, lo que va a facilitar la implantación de medidas de consenso correctoras con las unidades implicadas para disminuir las preparaciones innecesarias y optimizar el funcionamiento en el área de farmacotécnia, minimizando el gasto de recursos innecesarios.

C-201

GESTIÓN DE CASOS, NUEVA FIGURA EN NUESTRA ÁREA BÁSICA DE SALUD (ABS)

MORAN VALLE,I; IBIRICU BARRO, A Y DOBLADO LÓPEZ, O.
ABS CAMBRILS

Palabras Clave: Gestión, Enfermería, Coordinación

RESUMEN

Contexto de partida.

ABS población 32.0000 habitantes 3enfermeras en exclusividad atención domiciliaria (atdom) con 305 pacientes atención continuada en servicio urgencias con hospital referencia a 12 kilómetros.Planteamos sistema servicios integrales para detectar necesidades sanitarias y sociales persona, familia y entorno movilizando recursos multidisciplinarios con finalidad promover salud y autonomía de manera eficiente.Para cumplir estas funciones se designa una enfermera

Descripción del problema/necesidades.

Detectar población riesgo.Asegurar continuidad asistencia interniveles.Optimizar y racionalizar consumo servicios y utilización recursos.Prevenir agudizaciones pacientes crónicos y estancias hospitalarias Mejorar calidad asistencial y estado salud usuario aumentando satisfacción y disminuyendo morbilidad cuidadores

Desarrollo y soluciones aportadas.

Elaboración protocolo para casos inclusión así como base datos para candidatos.Datos obtenidos a través coordinación interniveles:Servicio urgencia propio centro Servicios Sociales. Médicos y enfermeras referencia Atdom.Pades.Hospital referencia:listados reingresos medicina interna.Enfermeras enlace:prealtas hospitales referencia.Como inicio programa se eligen patologías mayor prevalencia:enfermedad obstructiva crónica EPOC e insuficiencia cardiaca IC aunque posibilidad de incluir otras patologías

Resultados obtenidos.

Protocolo evaluación aspectos sociales,dependencia realización actividades vida diaria, nutrición, cuidador y nivel carga,aspectos bioéticos y valoración riesgos.Criterios inclusión,índex comorbilidad Charlson,calidad vida (Euroqol-5d) previo/post Plan integral e intervención,comprobación conocimientos previo-post, tratamiento,implicación familia,registro derivaciones/ingresos. Actuaciones específicas patología EPOC/IC.Total pacientes incluidos base datos desde marzo 2009 173.Derivaciones efectuadas:20casos ATDOM 61enfermera 41médico 1trabajadora social 7residencias 18exitus hospital 9exitus domicilio 1alta voluntaria y 10programa gestión casos.De estos todos han hecho 1ingreso hospitalario mínimo y entre 1 y 11visitas urgencias.Derivaciones efectuadas:5médico referencia,10trabajadora social,4dietista ,3espirometría y 1psiquiatría

Lecciones aprendidas.

Sociopatología de difícil abordaje por reducida disposición recursos.Próximo reto coordinación Salud Mental.Enfermera Gestora Casos completa jornada en exclusividad.Aceptación positiva equipo,buena base para continuidad programa. Necesario incremento capacidad autogestora para aumentar resolución.Se hará una primera evaluación del programa a final año incluyendo satisfacción usuario y disminución morbilidad entre otros

C-202

BUSCANDO LA MEJORA DE LA GESTIÓN EN EL INSTITUTO CATALÁN DE EVALUACIONES MÉDICAS (ICAM). LA GESTIÓN POR PROCESOS

JOAN RAMON PASTOR MILAN; XAVIER GOMILA VILA; GLORIA GALVEZ HERNANDO Y JOSEFINA JARDI LLIBERIA.
ICAM

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
El ICAM es un Organismo Autónomo de carácter administrativo dependiente del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
Al proyecto se le dio un enfoque multidisciplinar, buscando con ello la participación de todos los profesionales.
Descripción del problema/necesidades.
El ICAM estaba utilizando un modelo de gestión poco ágil y poco sistematizado. Los informes médicos se elaborados de forma manual, existía una cultura de transmisión oral de todos los procedimientos de trabajo, que junto a la ausencia de un programa de gestión de la información, llevaban a una dinámica diaria poco ágil, con duplicidad importante de procedimientos, y circuitos poco definidos, además, el desconocimiento de estos por parte de los profesionales de nueva incorporación, daban como resultado una organización poco eficiente y con una necesidad importante de modernización .
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto impulsado por la dirección/gerencia del ICAM buscaba un soluciones aportadas cambio cultural y organizativo, para lograr una organización más moderna y ágil en sus circuitos. Colaboraron consultores externos expertos en la gestión por procesos y la metodología de la EFQM. Se analizaron y priorizaron los problemas, que llevaron a la propuesta de acciones de mejora.
El proyecto se implementó en seis fases:1) formación los profesionales en metodología EFQM y Gestión por Procesos, 2) creación de un grupo de trabajo que identificó problemas y definió áreas de mejora, 3) elaboración del Mapa General de Procesos del ICAM, 4) elaboración de las fichas de procesos y subprocesos, con los indicadores de calidad correspondientes; 5) elaboración de los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de procesos y subprocesos; 6) descripción gráfica de todos los circuitos mediante diagramas de flujo.
Resultados obtenidos.
La organización ha vivido un cambio radical, consiguiendo adoptar un modelo de trabajo dinámico, que utiliza las nuevas tecnologías, que se preocupa de la motivación de todos los profesionales, líder dentro del Departamento de Salud por sus iniciativas, impulsor de nuevas relaciones con los grupos de interés, se han resuelto problemas de coordinación entre servicios, se ha escuchado la voz de todos los profesionales, se han eliminado procedimientos ineficientes. Todos los procesos y subprocesos y procedimientos han quedado descritos, y representados gràficamente. Se han homogenizado todos los circuitos en los 18 centros ICAM. La atención a los usuarios ha ganado relevancia.
Lecciones aprendidas.
La principal lección ha sido darnos cuenta que poseíamos un potencial interno impresionante, las soluciones se encuentran dentro de la propia organización y que hay que facilitar la implicación de todas las personas, sin distinción profesional, escuchando y valorando también los puntos de vista de agentes externos.

C-203

REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE RETINOGRAFÍA EN UN C.S. U.G.C. EN EL CONTROL DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA DE MÁLAGA

GARRIDO ROSADO, A.; BEDOYA BELMONTE, JJ; MARTÍN AURIOLES, ED.; GARCÍA LÓPEZ, JM.; GARCÍA GARZÓN, M. Y RAMOS, MD..
U.G.C. CENTRO DE SALUD MIRAFLORES

Palabras Clave: Atención primaria, Fondo de Ojo, Diabetes

RESUMEN

Contexto de partida.
En un C.S. organizado como U.G.C. ubicado en un área urbana. Málaga. Estuvieron integrados facultativos y residentes de la U.G.C., así como la colaboración del departamento de Oftalmología.
Descripción del problema/necesidades.
Dentro de los criterios de calidad del proceso asistencial Diabetes, se problema/ incluye la necesidad de realizar un fondo de ojo anual a los usuarios. necesidades Con la finalidad de aumentar el cumplimiento de este criterio y de reducir las dificultades de derivación y desplazamiento se instala en 2008 un retinógrafo en el C.S. Miraflores (Otro 2 en el area hospitalaria). Las Imágenes son analizadas por el servicio de oftalmología. Se cuantifica el número de pacientes con revisión de Fondo de Ojo en 2007 y 2008, así como el número de derivaciones a oftalmología.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se analizan los datos en 2 años, preimplantación (2007) y primer año de implantación (2008), explotando los datos en Diciembre de ambos meses desde DIABACO, incluyendo a usuarios Diabéticos con fondo de ojo registrado en los 12 meses anteriores al registro. Así mismo, en estosp eriodos de analizan los datos de derivaciones a oftalmología por parte de la U.G.C., estos datos aportados por el Distrito Sanitario Málaga.
Resultados obtenidos.
En la U.G.C. Miraflores de Málaga, Entre 2007 y 2008 se produjo una reducción del 60.8% (de 1519 a 596) en el número de derivaciones al servicio de oftalmología. Así como un aumento del 55.8% (de 362 a 564) en el número de paciente diabéticos totales a los que se le realizó retinografía.
Lecciones aprendidas.
Al realizar la retinografía en la U.G.C. se produce un aumento de implicación del equipo que acarrea un mejor cumplimiento de los criterios. El descenso de los desplazamientos conlleva mayor comodidad de los usuarios, que acuden en mayor porcentaje a la prueba complementaria. Aparece mayor autogestión por parte de la U.G.C. Reducción del gasto por parte del servicio de oftalmología.

C-204

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA)

BAYO LOZANO, ELOISA; ESTRADA LÓPEZ, TERESA; SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LA CABEZA; CASTRO BLANCO, ANGELES MARIA Y PRADA PEÑA, MARTÍNA.
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

Palabras Clave: Encuesta satisfacción, Calidad, Plan Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.

Servicio de Oncología Radioterápica del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva con la participación de las Enfermeras, Técnicos Especialistas y Facultativos.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo fundamental del trabajo ha sido averiguar en que medida nuestro servicio cumplía las expectativas de los pacientes en cuanto a la asistencia prestada con objeto de elaborar un plan de mejora de los aspectos peor valorados Se elaboró una encuesta de satisfacción con 17 preguntas cerradas con respuestas tipo Likert, que abordaban los temas relevantes en una encuesta de satisfacción como medida de la calidad de la atención sanitaria : grado de confianza en el tratamiento, opinión sobre los distintos profesionales, tiempo de atención, información suministrada, trato recibido, respeto a la intimidad, tiempos de espera, organización, accesibilidad, limpieza y confort. El contenido y el formato de la encuesta fue revisado y aprobado por el responsable de calidad del centro.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Población diana: Pacientes que recibieron, al menos, 10 sesiones de radioterapia y que hubieran pasado por todas las fases del proceso radioterápico: valoración por el facultativo en consulta, valoración por la enfermera y desarrollo del plan de cuidados, simulación y verificación del tratamiento y aplicación diaria del mismo. Una vez cumplimentada, de forma anónima, la encuesta era devuelta a la administrativa del servicio, en un sobre cerrado, siendo esta última la encargada de introducir los datos en la aplicación informática que nos permitió el análisis de los resultados. Tiempo de reclutamiento: 2 años Nº de encuestas entregadas: 662. Nº de encuestas contestadas 298 (45%)

Resultados obtenidos.

Aspectos mejor valorados •Grado de confianza en el tratamiento recibido •Todos los profesionales •Información proporcionada sobre su enfermedad y tratamiento •Trato recibido

Aspectos peor valorados:

•Transporte colectivo
•Facilidad para la comunicación telefónica
•Limpieza y confort de las instalaciones
•Tiempo de espera para consulta o tratamiento.

Lecciones aprendidas.

Planes de mejora para los aspectos peor valorados:

•Mejor adecuación del horario de tratamiento al horario del transporte.
•Procedimiento normalizado de trabajo para la atención telefónica implicando a todos los profesiones y ampliando la franja horaria.
•Establecer como objetivo ligado a incentivos “conseguir una espera inferior a 45 minutos, para consulta o tratamiento, en el 90% de los pacientes.
•Se ha acordado con la dirección del centro la redistribución de la sala de espera para mejorar el confort.

C-205

LA REUTILIZACIÓN DE RECURSOS EXISTENTES: NUEVO ESCENARIO PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA EN TIEMPOS DE CRISIS

PÉREZ TRUJILLO,A.; DOMINGUEZ SÁNCHEZ,F.; NAVAS JIMENEZ,V.; MARTÍNEZ OROZCO,T.; RUIZ MONTOYA,I. Y MORENO SALAS,E..
C.S.STA ROSA

Palabras Clave: Gestión recursos, nuevos escenarios, actuación, crisis

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se inicia en noviembre-08 hasta marzo del 09, con la idea de recabar información sobre el material ortoprotésico existente en los domicilios y las entregas en el Centro de Salud, susceptible de volverse a entregar a otros usuarios con el fin de crear un circuito de recogida-entrega de ese material y cuantificar el ahorro para el Sistema de Salud.Los profesionales implicados han sido: enfermera gestora de casos,personal administrativo del Centro y personal de la Gestoría de Usuarios de H.U.Reina Sofia de Córdoba.

Descripción del problema/necesidades.

Necesitaba dar respuesta a las demandas continuas de necesidad de material ortoprotesico(sillas,andadores,muletas....) en el Centro de Salud,teniendo la información de la existencia de esos productos hacer posible la recogida,reutilización de los mismos y el consiguiente ahorro en recursos.

Como consecuencia se han acortado los tiempos entre demanda y entrega y aumentado la satisfación del usuario con la atención dispensada.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Es una experiencia descriptiva-transversal desarrollada en el C,S. S.Rosa de Córdoba de noviembre 2008 a marzo de 2009. Basada en la gestión, recuperación, reutilización del material ortoprotésico por la ECG en coordinación con G. Usuarios del H.U. Reina Sofía.

Las variables son: clasificación artículos recuperados ,material total, material reutilizado, coste del recuperado, coste total material reutilizado, y clasificación de entregados.Material reutilizado por coordinación G.Usuarios.Edad,sexo y patologías. Derivaciones. Encuesta satisfacción usuario.

Innovación:

Resultados obtenidos.

Pacientes incluidos:35. hombres:16, mujeres:19 Usuarios >65a:28.<65:7.Derivados:Medico:7 Enfermería:20 Otros:8..Días de demora:7.enfermedades:osteo-articulares:60%,neurológicas:20%.Material recuperado:42 ,reutilizado:35.Coste total material recogido:4.142 euros. Coste total material entregado:4052 euros.

Satisfacción del usuario en relación adjudicación del recurso:(90%)

Lecciones aprendidas.

*Abordar necesidades de material orto-protésico de los pacientes.
*Movilizar los recursos demandados de una forma eficiente
*Mejorar calidad de vida y aumentar satisfacción del usuario
*Minimizar costes al reutilizar el material orto-protésico existente

C-206

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ÁNGELA HENS PÉREZ; GLORIA MUÑOZ ARIAS; Mª ISABEL MORENO GARCÍA; Mª DEL MAR PLEITÉ AMIEVA;
ANTONIO M. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y DIEGO MARTINEZ PARRA.
HOSPITAL PUERTO REAL (CÁDIZ)

Palabras Clave: Calidad, Mejora, Gestión, Anatomía Patológica

RESUMEN

Contexto de partida.
Anatomía Patológica, Hospital Puerto Real (Cádiz), Unidad Clínica Intercentros de Anatomía Patológica Jerez-Bahía de Cádiz, SAS. Personal implicado: toda la Sección.
Descripción del problema/necesidades.
Nos concienciamos de la necesidad de cambiar para asegurar la calidad en nuestro trabajo. No bastaban unos Manuales de Procedimientos ni unas Normas escritas. Los Controles de Calidad mostraban unos resultados sólo aceptables y no disminuían los errores relacionados con la seguridad del paciente. Creíamos ser eficaces comparando actividad, recursos y demora, pero eso no era calidad. Teníamos un problema importante que resolver y debíamos hacerlo entre todos, con empeño y con calma, pues la tarea era laboriosa y comprometida.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Comenzamos a analizar la gestión del error, los accidentes del trabajo, la calidad técnica, la concordancia diagnóstica, la demora y el consumo, y a raíz de una meditación más profunda realizada con motivo de una evaluación, detectamos la oportunidad del cambio. Tras plantearnos la creación de la Unidad Clínica a la que pertenecemos, apostamos por un Plan de Calidad donde ésta fuese el eje nuclear de nuestro trabajo, con los objetivos de garantizar la calidad diagnóstica, la seguridad del paciente, de los trabajadores, mejorar el consumo de recursos y desarrollar un plan formativo por competencias. Repartimos las tareas, las responsabilidades, definimos los indicadores, las metas, los plazos, el registro del cumplimiento y las medidas adoptadas tras su revisión. Mostramos especial dedicación al reconocimiento del esfuerzo de todas las personas, para potenciar su compromiso y mantener su satisfacción, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación.
Resultados obtenidos.
Hemos disminuido los errores relacionados con la seguridad del paciente, los accidentes del trabajo, la demora, el gasto por proceso, mejorado en los Controles de Calidad externos e internos, en la concordancia diagnóstica y aumentado las iniciativas del equipo y su participación en actividades formativas. Los datos proceden del Programa de Gestión de Anatomía Patológica, del Servicio de Medicina Preventiva, de la Asociación para la Garantía de Calidad en Patología y del consumo realizado (Capítulo II). Sabemos que surgirán nuevas necesidades, pues tan sólo hemos iniciado un camino que hemos de seguir con ilusión.
Lecciones aprendidas.
Una profunda meditación puede ser necesaria para concienciarnos en buscar la calidad, y las Unidades Clínicas pueden ser la oportunidad de este cambio, siendo imprescindible la implicación de todas las personas, la buena comunicación y el apoyo institucional.

C-207

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE OPIÁCEOS

DUEÑAS FUENTES, J.R.; GONZÁLEZ PAGADOR, M.C.; MERINO ROMERO, J. Y DOMINGUEZ FERNÁNDEZ, A.E..
AGS NORTE DE CORDOBA

Palabras Clave: Proceso Cuidados Paliativos

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el AGS Norte de Córdoba, y los profesionales implicados son los sanitarios de los centros de AP y del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.
Descripción del problema/necesidades.
La mortalidad teórica por cáncer es de 196/100.000 hab. /año, extrapolando estos datos del Plan Integral de Oncología de Andalucía, tendríamos una mortalidad de 162,3 muertes anuales, pero según los datos del Instituto Andaluz de Estadística, la mortalidad real en el año 2004 fue de 262 personas, muy superior a la estimada. Esta diferencia entre las cifras de mortalidad teórica y real, puede deberse a factores como el envejecimiento de la población. El Proceso Asistencial pretende mejorar la atención a los pacientes terminales y aliviar los principales síntomas como el dolor.
Los objetivos son: 1º.- Describir la evolución en el consumo de opiáceos desde 2005 hasta 2008.
2º.- Valorar si existe relación entre el consumo de opiáceos y la implantación del Proceso.
3º.- Conocer el número de pacientes incluidos en el Proceso y el porcentaje de los mismos que tienen prescritos opiáceos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los años 2.005 soluciones aportadas al 2.008 de las prescripciones de los médicos de AP.
Como fuente para extraer el número de envases prescritos se ha utilizado la aplicación SIFAR, se han utilizado los siguientes campos: Número de historia, edad, centro de AP, principio activo de la medicación opiácea, número de envases y año de la prescripción. Otra fuente utilizada ha sido Diabaco Para conocer el número de pacientes incluidos en Proceso y el porcentaje de los mismos que tienen prescritos opiáceos.
Resultados obtenidos.
Si analizamos los datos obtenidos entre los años 2005 y 2008, han aumentado la prescripción del número de envases prescritos en todos los principios activos, excepto Propoxifeno. El crecimiento se ha producido en las cuatro zonas básicas de salud del Área.
El año 2007 fue donde el incremento de consumo creció en mayor medida, porque coincidió con la puesta en marcha del proceso en Octubre de 2006, siendo este incremento de 69,06 % para Buprenorfina, 35.02% para Dextropropoxifeno, 300,45% para Fentanilo, 590,91 % para morfina, 103,48% para Tramadol, 129,68% para Tramadol/Paracetamol.
Lecciones aprendidas.
Desde la puesta en marcha del proceso el consumo de opiáceos ha aumentado, y esto conlleva a un mejor control del dolor de los pacientes en situación terminal. Se estableció como indicador de calidad en el Proceso el % de pacientes con tratamiento opiáceo en relación con los pacientes terminales atendidos.

C-208

OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL DOLOR LUMBAR EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN.

*GARROTE MORENO, L; CORROCHANO GARCÍA, C; SEVILLA HERNÁNDEZ, E; GARCÍA RODRÍGUEZ, A; LLÓPEZ GARCÍA, M.J Y LOZANO GUADALAJARA, J.V.
HOSPITAL MORALES MESEGUER DE MURCIA

Palabras Clave: Lumbalgia, Oportunidad de Mejora, Calidad, Rehabilitación.

RESUMEN

Contexto de partida.
Descripción del procedimiento de recogida de datos que realizan los facultativos del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Morales Meseguer (HGUMM) en pacientes con lumbalgia y elaboración de un protocolo de evaluación.

Descripción del problema/necesidades.
La valoración clínica del dolor lumbar, motivo frecuente de consulta en Rehabilitación, presenta una importante variabilidad interprofesional condicionando una falta de uniformidad en recopilación de datos y actitudes diagnóstico-terapéuticas. La protocolización de este procedimiento facilita la monitorización del proceso asistencial, análisis de costos y generalización de resultados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo retrospectivo de historias de pacientes con lumbalgia atendidos en nuestro servicio durante el mes de febrero de 2009. En base a GPC actualizadas se comprobó la recopilación de datos de anamnesis (antecedentes personales, índice de Masa Corporal, tratamiento, situación basal, profesión/situación laboral, deportes, localización del dolor, ritmo, duración, episodios previos, inicio, desencadenantes) y exploración física (inspección, palpación osteomuscular, balance articular-muscular, signos de afectación neurológica). La bibliografía disponible y los resultados obtenidos fueron analizados por el equipo de facultativos en reuniones periódicas (1 vez / semANA durante 2 meses), llevando a cabo la elaboración de un protocolo de valoración de la lumbalgia.

Resultados obtenidos.
Se analizaron 30 casos consecutivos atendidos en nuestro servicio. El IMC, la maniobra del músculo piramidal y la sensibilidad artrocinética no aparecían reflejados en ninguna de las historias. Los antecedentes personales, profesión, localización y duración del dolor, balances articular/muscular, signo de Lasegue, reflejos y sensibilidad superficial estaban presentes en más del 60% de los casos. El grado de concordancia del resto de los datos recomendado por las GPC fue inferior al 50%.

Lecciones aprendidas.
El correcto registro de datos en la historia clínica, así como la homogenización de criterios de valoración entre los distintos facultativos ajustándose a las GPC aceptadas permite mejorar la calidad de atención al usuario y facilita el acceso a datos con fines terapéuticos (valorar la evolución y la respuesta a tratamientos prescritos) o de investigación (establecer comparaciones con otros estudios, generalizar resultados, identificar problemas de calidad, …). La adaptación de la sistemática del ciclo de mejora continua a la práctica asistencial cotidiANA incrementa la satisfacción de los profesionales.

C-209

PROPUESTA DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LAS UNIDADES DE SALUD COMUNITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

GONZÁLEZ VILLALBA, A.; GONZÁLEZ ESCALANTE, F.; HERRERA FERRARI, FJ.; RUIZ SICILIA, L. Y DEL PINO LÓPEZ, R..
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA. SAS

Palabras Clave: Gestión Clínica, Proceso asistencial, Accesibilidad, Continuidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Las 8 Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga (UGCSM) cubren una población de 834.900 hab. Es atendida por los centros de salud (CS) de 3 Distritos Sanitarios (DS): Málaga, Valle del Guadalhorce y Costa del Sol (Tabla 1). El reciente Decreto 77/2008 de 4 de marzo, de ordenación de los servicios de Salud Mental en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) establece que la atención primaria se constituye en puerta de entrada, realizando la primera valoración de los pacientes, derivándolos cuando sea necesario. Este proyecto implica a los profesionales de las 8 USMC, la dirección de la UGCSM y las direcciones de los 3 DS y del Hospital, potenciando grupos de trabajo interniveles coordinados que garantizan la continuidad asistencial a partir de la mejora de la accesibilidad de los usuarios.

Descripción del problema/necesidades.
Siendo la accesibilidad un valor importante en la prestación de servicios, el propósito del presente proyecto es dimensionar la variabilidad de los tiempos de espera en las derivaciones a las USMC, según criterios establecidos en los procesos asistenciales integrados (PAI) y realizar una aproximación a sus causas para establecer medidas de mejora sistemáticas

Desarrollo y soluciones aportadas.
El trabajo, aún en desarrollo, supone una estrategia de trabajo conjunto que busca la implicación de todos los profesionales para mejorar la accesibilidad a las USMC. Fases que se planifican: 1.Análisis cuantitativo (derivaciones enero08-marzo09) y cualitativo (motivos de derivación, informantes clave) 2. Feedback, análisis de causas y propuestas de medida a directivos y profesionales de AP y del hospital. 3.Difusión, puesta en marcha y evaluación de medidas de mejora.

Resultados obtenidos.
El análisis de los datos y las reuniones interniveles se desarrollan actualmente. Se puede apuntar que los resultados indican la existencia de barreras en la comunicación internivel y necesidades de capacitación de los Médicos de AP para el manejo de situaciones (angustia de la familia, clarificación de la demanda, manejo de casos) y necesidad de desarrollar los protocolos conjuntos de derivación y actuación según los PAI

Lecciones aprendidas.
Se hace necesario impulsar una cultura participativa en los profesionales de las UGCSM que impulse niveles de compromiso, calidad en el trabajo, responsabilidad, donde la accesibilidad a los servicios sea un escalón fundamental, así como la implementación y desarrollo de los PAI

C-210

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA (PISMA) 2008-2012

DEL PINO LÓPEZ, R.; MILLAN CARRASCO, A.; GONZÁLEZ VILLALBA, A.; GARCÍA CUBILLANA DE LA CRUZ, P.; VALMISA LARA, E. Y HUIZING, E..
PROGRAMA DE SALUD MENTAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Palabras Clave: Evaluación, Gestión Clínica, Calidad, Empoderamiento

RESUMEN

Contexto de partida.
La Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud consideran la participación de los profesionales una herramienta básica para implantar las políticas y objetivos estratégicos de salud, impulsando la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades por parte de los profesionales (empoderamiento).
Desde la Dirección del PISMA 2008-2012 se plantea un proyecto de colaboración con la EASP para diseñar e implementar un sistema de evaluación del Plan (elemento central de gestión de calidad y mejora continua) desde una perspectiva participativa de todos los agentes implicados.
Desde el contexto de gestión clínica, se pretende impulsar la gestión por procesos y la autonomía de gestión.
Descripción del problema/necesidades.
La elevada prevalencia de los trastornos mentales, su impacto personal, familiar y social, la complejidad de las intervenciones socio-sanitarias, las relaciones intersectoriales y la necesidad de evaluación de líneas de trabajo e intervenciones, justifican el diseño y desarrollo del PISMA 2008-2012, que se orienta a la consecución de 3 metas en salud y 8 objetivos generales, desarrollados a través de 15 estrategias, 84 objetivos específicos y 147 actividades
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto consta de 5 fases: A. Generación de la estructura participativa Nivel 1. Referentes del PSM.
Nivel 2. Coordinadores de las líneas estratégicas del PISMA 20082012.
Nivel 3. Grupos de seguimiento de cada línea estratégica. Nivel 4. Referentes locales de las líneas estratégicas en cada UGC de Salud Mental.
B. Capacitación de profesionales de base C. Elaboración de un sistema de indicadores (TABLA 1) D. Elaboración de la base de datos de indicadores clave E. Evaluación continuada del PISMA 2008-2012
Resultados obtenidos.
La estructura básica de criterios e indicadores (TABLA 2) del proyecto fue definida a través de 5 grupos de trabajo: coordinación-colaboración, coordinación-participación, procesos, satisfacción-calidad de vida y resultados
Lecciones aprendidas.
El empoderamiento, como participación y delegación en la toma de decisiones a los profesionales, es una herramienta utilizada en la calidad total y en la provisión de elementos clave para el desarrollo de procesos asistenciales integrados. Fortaleciendo el liderazgo y el trabajo en equipo la calidad deja de ser una filosofía motivacional para orientarse hacia un sistema radicalmente funcional.
Además del empoderamiento como clave en la mejora de la calidad del Sistema Sanitario, la evaluación es el elemento central del modelo de gestión de calidad.

C-211

SISTEMA HOSPITALARIO DE INFORMACIÓN (HIS). PROCESO DE IMPLANTACIÓN GLOBAL EN UN HOSPITAL GENERAL: FASES Y RESULTADOS.

ALOY-DUCH, A*; BENAVENT-NAVARRO, A; SOLER-SENDRA, A ; SIMÓN-RIAZUELO, JL; TUSQUELLAS-OTO, C Y LLEDÓ-RODRÍGUEZ, R.
HOSPITAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: informatización, implantación, HIS, hospital

RESUMEN

Contexto de partida.
El HIS (Sistema Hospitalario de Información) contiene toda la información de la historia clínica y forma parte, junto a otros módulos complementarios y sistemas, de la plataforma informática institucional
Descripción del problema/necesidades.
Describir, dentro del desarrollo del plan de sistemas del hospital, el proyecto de los procesos preparatorios y de implantación completa y global de un nuevo HIS informático con todos los módulos hospitalarios necesarios en un Hospital general comarcal, con la sustitución final en un mismo día del HIS antiguo
Desarrollo y soluciones aportadas.
Nuestro hospital dispone de 350 camas. Se evaluaron distintas plataformas informáticas, escogiendo un HIS que se pensó cumpliría con las expectativas y necesidades del centro. Desde el año 2006 al 2009 se procedió a la implantación con las siguientes 6 fases acumulativas y progresivamente simultáneas: evaluación-adquisición, preparatoria, formativa, implantación, arranque y post-arranque. La Gestión por Procesos fue la metodología utilizada para orientar y dirigir todo el proceso de implantación (responsables, procedimientos e indicadores)
Resultados obtenidos.
A. De las fases del proyecto: 1º. Fase de evaluación y adquisición (2006): se escogió el producto adecuado. 2º. Fase preparatoria (2007): líderes, rediseño de procesos hospitalarios, “hardware” y refuerzos. 3º. Fase formativa (2008): formación de usuarios clave (UC), elaboración de guías y despliegue de la formación ≥ 90 %. 4º. Fase de implantación (2009): despliegue del hardware, migración de datos e integraciones. 5º. Fase de arranque (2009): planes de contingencia y arranque para el 1-3-2009, con sustitución del HIS antiguo. 6º. Fase de post-arranque (2009): equipos de soporte inmediato. B. De la eficiencia y satisfacción del proyecto: duración larga de las fases; HIS semirígido; refuerzo profesional adecuado; equipo de formadores adecuado; integraciones dificultosas; y, arranque correcto. La gestión de la comunicación y satisfacción mejorable debido a la actitud crítica pero responsable de los profesionales.
Lecciones aprendidas.
Creemos que la adecuada realización del proyecto y la prudente satisfacción inicial han sido fruto de: una correcta planificación, una excelente dedicación de los UC y formación adecuada y, un cronograma bien organizado. En contraposición: la larga duración del proyecto; el cambio simultáneo del antiguo HIS; y el poco soporte inicial de la empresa del producto. El proyecto realizado nos ha de permitir mejorar las condiciones, la satisfacción y la calidad asistencial de los profesionales, evaluar nuestros indicadores clave y todos los resultados de salud

C-212

EL PASO DE UN SERVICIO CLÁSICO A LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNCA (UGC).

PAZ EXPOSITO,J.; JIMÉNEZ HEFFERNAN, A; GONZÁLEZ AMADOR,F Y PRADA PEÑA, M.
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ

Palabras Clave: Gestión Clínica, Acuerdos de Gestión, Contrato Programa

RESUMEN

Contexto de partida.
La UGC Diagnóstico por la Imagen formada por los servicios clásicos de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear, obtuvo su autorización para su constitución en el año 2005 y está integrada por 132 profesionales multidisciplinares (facultativos de radiología y de medicina nuclear, personal sanitario de enfermería y técnicos en radiología y medicina nuclear, personal administrativo y celadores) y multicentros (Hospital Juan Ramón Jiménez, Hospital Vázquez Díaz y Centro Periférico de Especialidades "Virgen de la Cinta") de Huelva.
Descripción del problema/necesidades.
Pretendíamos dar el paso del servicio clínico clásico hacia la unidad de problema/ gestión clínica, partiendo de su propia definición:•GESTIÓN: Coordinar y motivar a un grupo de personas para alcanzar determinados objetivos.
•CLÍNICA: Toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Dentro del Contrato Programa que establece el Servicio Andaluz de Salud con cada uno de los Hospitales y Distritos, se establecen los acuerdos de gestión clínica (AGC) pactados y firmados entre la Dirección Gerencia del Centro y el Director de la UGC, evaluables anualmente.
El AGC establece pactos sobre objetivos comunes y específicos.
Resultados obtenidos.
La evaluación anual de los objetivos pactados se realiza a través de diversas fuentes: Sistema de Información Radiológico (RIS), GERHONTE, Agencia de Calidad Sanitaria (ACSA), Auditorias Clínicas. El Director de la UGC realizará una vez finalizado el ejercicio y dentro del primer trimestre del ejercicio siguiente, la memoria anual de la UGC, en la que se reflejarán de forma especial los diferentes aspectos contemplados en el AGC anual.
Lecciones aprendidas.
La UGC Diagnóstico por la Imagen (Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear) encuentra en el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica el impulso necesario para transferir autonomía y responsabilidad a los profesionales, todo ello presidido por el compromiso social de ofrecer unos servicios de alta calidad y que a la vez, den respuesta a la creciente demanda asistencial y a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos.
Los objetivos pactados pretenden de manera resumida: Asegurar la efectividad. Mejorar la accesibilidad a los servicios. Garantizar la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención.
Asegurar la eficiencia técnica, económica y social. Incrementar la satisfacción y participación de los usuarios.

C-213

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA EN EL PERÍODO 2007-2008

ALFONSO OLIVER LECHUGA; ITZIAR LANZETA VICENTE; MARTA SANTAMARIA OLABARRIETA; MIKEL ESCALANTE BOLEAS; ISABEL IRURZUN LARRAÑAGA Y ARANTZAZU URCELAY ECHEBERRIA.
HOSPITAL DE ZUMARRAGA

Palabras Clave: Gestión Clínica, Gestión por Procesos

RESUMEN

Contexto de partida.
Se componen 4 equipos de proceso, Hospitalización, CCEE, Bloque Qx y Urgencias, multiestamentos en el Hospital de Zumárraga
Descripción del problema/necesidades.
Se diseñan los 4 procesos definiendo su misión específica, identificando clientes, sus necesidades y expectativas y objetivando áreas de mejora para emprender acciones
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante el diseño, las reuniones eran cada 10 días. Terminado el diseño, se celebraron varias sesiones hospitalarias, para todo el Hospital, con divulgación del trabajo realizado. En la fase de implantación, las reuniones son cada 30 días, con un orden del día de Información, Discusión y Ejecución basados en metodología de Identificación de problemas, consecuencias y aportación de soluciones en Tormenta de ideas y parrilla de priorización de problemas con asignación posterior de responsables y fechas de ejecución de las tareas encomendadas. El Cuadro de Mando con indicadores de actividad y de resultado es el que modula la mayor parte de las actividades, junto a los acaecimientos puntuales que haya que resolver
Resultados obtenidos.
Se han planteado un promedio de 12 acciones de mejora por año para cada proceso asistencial. El cumplimiento de los objetivos planteados está en todos los procesos por encima del 50% que nos habíamos designado como estándar. Han existido problemas de integración de algunos Servicios Clínicos en los instrumentos de gestión de la Calidad que nos han obligado a conocer su opinión de desacuerdo a través de encuestas específicas para identificar los problemas y plantear las soluciones. Conocida la opinión a través de las encuestas, se ha hecho participar a estos grupos en la gestión de las soluciones, con lo que se ha conseguido una mejoría en la participación aunque muy ligera en los resultados
Lecciones aprendidas.
Para un buen funcionamiento de los Procesos Asistenciales en gestión, es necesario implicar a los clínicos mediante indicadores de interés clínico. Nos parece que aprovechando la Gestión por Procesos de un Servicio Clínico que esté con un funcionamiento de calidad clínica contrastada y de calidad de gestión, puede transmitirse al resto de Servicios Clínicos del Hospital este tipo de modelo, con divulgación de lo ya hecho y que funciona bien, para provocar un intento de imitación y una mejora de los resultados y así hemos comenzado ya a hacerlo en nuestro Hospital de Zumarraga con una gran experiencia en la Gestión de la Calidad Asistencial.

C-214

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN UNA POBLACIÓN GESTANTE ADSCRITA A UN CENTRO DE SALUD URBANO

ENCINA ENCINA, P; GUERRERO SERON, A; VELARDO HERNÁNDEZ, ANA; ROMERO MORANO, C; ESPINACO, J Y RODRÍGUEZ SOTO, C.
CENTRO DE SALUD MERCEDES NAVARRO

Palabras Clave: Patología Tiroidea, Gestación, Proceso Asistencial Integrado

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en un Centro de Salud de Atención Primaria de Sevilla por un equipo multidisciplinar constituido por Médicos de Familia, Enfermer@s, Matrona y Auxiliares de Clínica

Descripción del problema/necesidades.

Existe una discordancia entre el Proceso Asistencial Integrado Disfunción tiroidea que recomienda la determinación de hormonas tiroideas en el primer trimestre de la gestación, mientras que el PAI Embarazo no refleja esta necesidad. Este desacuerdo entre ambos PAI nos ha llevado a la realización del presente estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de disfunción tiroidea en una población de gestantes

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se lleva a cabo durante los años 2006-2007. Se realiza un estudio descriptivo transversal de las mujeres gestantes que acudieron a nuestro centro para el seguimiento de embarazo. Se realizó, según indica el PAI Disfunción tiroidea, la determinación de TSH, T4 libre en el primer trimestre de gestación. Se catalogaron a las mujeres en normotiroideas, hipotiriodeas e hipertiroideas. Intervinieron en el estudio Médicos de Familia, Matrona, enfermeras y auxiliares de clínica encargados del seguimiento del Proceso Embarazo. La difusión de los resultados se ha realizado mediante reunión con el Equipo del Centro.

Resultados obtenidos.

Han sido estudiadas un total de 215 gestantes, de las cuales el 85,88% eran normotiroideas, el 4,19% hipertiroideas y el 10,23% hipotiroideas. La detección precoz de disfunción tiroidea en la gestante puede prevenir riesgos tanto a la madre como al fecto, permitiendo realizar una evaluación y seguimiento del a gestante por el nivel asistencial más adecuado. Creemos conveniente incluir en el Proceso Embarazo la petición de valores de TSH y T4 en todas las gestantes durante el primer trimestre de gestración tal como lo indica el Proceso Disfunción tiroidea.

Lecciones aprendidas.

La patología tiroidea, y sobre todo el hipotiroidismo subclínico, es frecuente en las gestantes incluídas en el estudio por lo que se debería hacer de forma rutinaria la determinación de h tiroideas durante el primer trimestre de la gestación tal como lo indica el Proceso Disfunción tiroidea. Se podría contar con la colaboración de otros especialistas (Endocrinólos) para realizar el seguimiento de las gestantes mediantes criterios de derivación preestablecidos. La determinación de hormonas tiroideas en el primer trimestre de gestación puede contribuir a disminuir la morbimortalidad de la gestante y el feto, estblecer pautas de actuación y criterios de derivación a otros niveles asistenciales.

C-220

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS EN ARAGÓN. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO

REQUENA LÓPEZ, A.; SUBERVIOLA GONZÁLEZ, JF.; PALACIOS NEGUERUELA, L.; SEGURA LARA, AMª.; LÓPEZ GARCÍA, Mª R. Y GARCÉS BAQUERO, P..
061-ARAGÓN

Palabras Clave: Transporte de pacientes, Ambulancias, Transporte Interhospitalario

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde Febrero del 2007, el 061-Aragón asume los traslados interhospitalarios (TIH) en Unidades Móviles de Vigilancia Intensiva (UVIs) de manera compartida con una empresa de transporte sanitario. En Septiembre de 2007 se creó un grupo de trabajo sobre TIH en el 061-Aragón formado por 15 miembros, médicos y DUEs del 061 y de la empresa de transporte de las 7 unidades terrestres, y de los 2 helicópteros sanitarios del 112.

Descripción del problema/necesidades.

En Aragón no existe un documento que regule los TIH. El grupo de trabajo elaboró un proyecto de mejora de calidad, con la finalidad de elaborar un protocolo consensuado con los centros hospitalarios que permita optimizar los recursos, mejorar los criterios de traslado, la coordinación entre Hospitales-061 y las transferencias. El análisis de la situación se realizó, por una parte, con un estudio descriptivo, retrospectivo de los TIH realizados en 6 meses (1.795 pacientes). En una segunda fase, una encuesta de opinión sobre la gestión de los TIH, remitida a Médicos y DUEs: 760 en hospitales (38 servicios; 13 centros) y 134 en servicios extrahospitalarios (9 UVIs). Los resultados han permitido identificar posibles puntos de mejora a distintos niveles.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras la fase descriptiva, se presentaron los resultados en los 8 hospitales más representativos de Aragón, así como al personal de las UVIs móviles. Actualmente se está finalizando la redacción del documento. Según cronograma, en Junio de 2009 se mantendrán reuniones con personal hospitalario, para consensuar los contenidos y proceder a la difusión en sesiones informativas, previa a la puesta en marcha. Así, tras 6 meses (Diciembre 2009) se realizará la evaluación del mismo.

Resultados obtenidos.

El proyecto ha mejorado la comunicación con los servicios hospitalarios, y existe un mayor conocimiento entre sus profesionales del funcionamiento del servicio. En Diciembre de 2009, se distribuirá la misma encuesta de opinión, comparando los resultados. Así mismo, se han elaborado indicadores que medirán aspectos organizativos y asistenciales. Por último, los resultados disponibles plantean la necesidad de recursos intermedios para los TIH en Aragón.

Lecciones aprendidas.

El TIH es un eslabón de la cadena asistencial. Un protocolo sobre TIH deber ser un instrumento consensuado y cada parte implicada debe mantener su integridad. El protocolo está elaborado desde el 061 pero sería necesario un nivel de organización superior que represente también los servicios hospitalarios de los diferentes niveles asistenciales. Conocer la realidad de la situación es clave en la elaboración de cualquier protocolo.

C-221

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA PARA REDUCIR SU COSTE

BASORA CUNILLERA, A; COLLADO CUCÒ, A; RIUS RAFECAS, MA; TOMÀS CEDÓ, R; BALAÑÁ FORT, LL Y DIEZ CABALLERO, R.
ABS VANDELLÒS-HOSPITALET

Palabras Clave: Farmacia, Costes

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde el año 2000 está consolidado el contrato con el CatSalut para la gestión de las Áreas Básicas de Salud (ABS) que incluye una serie de indicadores de prescripción farmacéutica encaminados a la reducción del gasto mediante la selección de genéricos (EFGs) y definición de fármacos de primera línea. Las repercusiones económicas que su incumplimiento había producido en los últimos ejercicios llevó a la empresa a plantearse la necesidad de una intervención sobre el control de la prescripción de farmacia ambulatoria (PFA)
Descripción del problema/necesidades.
En los primeros años el cumplimiento de los objetivos resultó escaso, con las consecuentes reducciones en los ingresos presupuestarios de las ABSs. Para facilitar su cumplimiento se diseñó una estrategia de información y control para los prescriptores.
Desarrollo y soluciones aportadas.
A partir de los registros facilitados por el Departamento de Farmacia del CatSalut y del sistema de seguimiento PFA se controlan los objetivos del contrato (entre otros, coste Dosis Diaria Dispensada DDD-) y las desviaciones sobre el gasto máximo autorizado. Los resultados de los indicadores de los grupos terapéuticos objetivos (GO) son discutidos en los consejos de dirección de primaria de la empresa y en sesiones de gestión clínica en cada ABS. Para evaluar la eficacia de la intervención se han calculado los mismos indicadores para otros grupos de fármacos no contemplados en el contrato con el CatSalut (GNO) y sobre los que no se interviene a nivel de profesionales.
Resultados obtenidos.
Se presentan los resultados de los cinco últimos años (2004 – 2008):
3.111.01 visitas, 343.113 pacientes y 5.636.420 recetas.
Conjunto de ABS. Variación 2008 vs 2004: Coste DDD -6%; % EFG +164,8%; visitas +28,7%; pacientes +30,8%; recetas +32%; DDD +40,5%; gasto farmacéutico +31,7%.
En el GO, (IECAs, Estatinas, ISRS) se observa una variación similar al conjunto: Coste DDD -23,6%; recetas +50,8%; DDD +60,6%; gasto farmacéutico +22,8%
En el GNO, (Antidiabéticos orales, Broncodilatadores) la variación es significativamente diferente: Coste DDD +28,9%; recetas +37,6%; DDD +22,8%; gasto farmacéutico +57,8%
Lecciones aprendidas.
El sistema de seguimiento PFA es efectivo para el cumplimiento de los objetivos reduciendo notablemente el coste DDD en los GO, pero sigue observándose un incremento del gasto farmacéutico debido a un aumento del volumen de prescripción (61%). En el GNO el comportamiento es distinto, no se produce reducción sino aumento de coste unitario, con un incremento menor del volumen de prescripción (23%). El incremento del gasto farmacéutico es 3 veces mayor en el GNO que en el GO.

C-222

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE SÍNDROME APNEA DEL SUEÑO EN UN ÁREA DE AT. PRIMARIA CON DOS HOSPITALES DE REFERENCIA

HERNÁNDEZ DE LAS HERAS, T; CALDAS BLANCO, R; PIMENTEL LEAL, M; SEVANE VEGA, J; BERMEJO ORTEGA, P Y DE LUCAS RAMOS, P..
GERENCIA AT. PRIMARIA AREA 1 DE MADRID

Palabras Clave: Apnea, Trastornos, Sueño, Coordinación, Niveles

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo nace de la coordinación entre Atención Primaria del Área 1 de Madrid y dos de sus hospitales de referencia (Gregorio Marañón e Infanta Leonor). En él participaron profesionales de 4 EAPs del Área, del servicio de Neumología de los 2 hospitales mencionados y de la Gerencia de At. Primaria
Descripción del problema/necesidades.
Detectada la mejorable derivación de los pacientes afectados por el Síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño, se detectó la necesidad de coordinar las normas de actuación ante esta enfermedad. La cuantificación del problema vino dada por el estudio que los hospitales de referencia realizaron de los partes de interconsulta remitidos desde Atención Primaria
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se mantuvieron varias reuniones entre ambos niveles asistenciales, en soluciones aportadas primer lugar con el Hospital Gregorio Marañón y, posteriormente, con el Hospital Infanta Leonor. En dichas reuniones se fueron creando diversos materiales prácticos para el manejo de estos pacientes:Protocolo de Área, tríptico para que los pacientes conozcan la enfermedad, algoritmo rápido de consulta (basado en la escala de Epworth), folleto de consejos para una correcta higiene del sueño, procedimiento para la creación del episodio y la petición de pruebas complementarias a los hospitales implicados, protocolos de derivación urgente y ordinaria, así como protocolo de seguimiento. El proyecto sedifundió en el Consejo de Gestión del Área y a todos los profesionales médicos implicados en la atención de estos enfermos
Resultados obtenidos.
Se han trabajado diversos indicadores como: Pacientes con correcta creación del episodio, enfermos a los que se le ha entregado el folleto de consejos para una correcta higiene del sueño, pacientes en los que se ha realizado una correcta petición de pruebas complementarias, enfermos con correcta cumplimentación de los protocolos de derivación urgente y ordinaria y, por último, pacientes con correcta aplicación del protocolo de seguimiento.
Los resultados están a la espera de evaluación
Lecciones aprendidas.
La experiencia ha demostrado la confirmación de la necesaria coordinación entre niveles asistenciales para la continuidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Esta coordinación debe establecer, junto a unas claras pautas de valoración inicial y derivación de los enfermos, un adecuado seguimiento de estos una vez diagnosticados y establecido su tratamiento. Con ello se asegura el control del cumplimiento terapéutico y una evolución adecuada de la sintomatología

C-223

RED LOCAL ATENCIÓN AL TABAQUISMO: EXPERIENCIA EFICAZ DE GESTIÓN CLÍNICA EN TABAQUISMO. DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

GALA OCEJA, E.; MESAS RODRÍGUEZ, A; LUQUE LÓPEZ, C Y SÁNCHEZ IBAÑEZ, J.
DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Tabaquismo, Gestión Clínica, Intersectorialidad, Integralidad

RESUMEN

Contexto de partida.

Promoción de Salud del Distrito impulsa esta Red para tejer una malla intersectorial y abordar integralmente el problema de tabaquismo desde Atención Primaria En alianza con profesionales comunitarios de Instituciones Locales muy cualificados (Ayuntamientos, ONGs,..) se aborda la prevención y promoción de salud y el proceso de atención a la deshabituación, con coordinación internivel e interdisciplinar, acción local y participación. Se prioriza la capacitación de profesionales, guías de práctica, sistemas de registro, diseño de estrategias y actuaciones preventivas

Descripción del problema/necesidades.

Distrito de 425.000 habitantes;12 Centros Salud; 100Kms dispersión;350 facultativos y 390 profesionales Enfermería, sin formación en tabaquismo. Sin oferta en cartera de servicios de apoyo a la deshabituación y su prevención Necesidad de ofrecer atención a la persona fumadora (individual grupal) siendo preceptivo capacitar adecuadamente a los profesionales, montar estructuras funcionales e incorporar actuaciones preventivas en la agenda de los Centros

Desarrollo y soluciones aportadas.

2005-2009,secuencial: Plan Actuaciones y creación de Unidad Central soluciones aportadas especializada Constitución de la RED con 8 componentes (4Distrito y 4comunitarios) quienes además participan como docentes Formación a todos los profesionales para actuación eficaz desde consulta Edición de Guía de Actuación y sistema de registro que unifica criterios y consensúa, circuitos, interconsultas y derivaciones Formación nivel avanzado a facultativos y enfermería de todos los Centros y Hospital y creación de las Unidades de Tabaquismo en todos los Centros Desarrollo de estrategias de prevención con jóvenes y actuaciones comunitarias

Resultados obtenidos.

La Red crece de 8 a 39 miembros(Asociaciones, ayuntamientos, Hospital y Primaria) Da formación acreditada a 415 profesionales para actuación en consulta y a 22 en capacitación avanzada (75 horas) 12 Unidades Tabaquismo ofrecen servicios integrales: 500 personas solicitan terapia grupal en un trimestre, logran un 46% de abstinencia a los seis meses. 16800 personas con registro de seguimiento en 1º cuatrimestre 2009 Prevención en 28 Institutos Secundaria (16000 alumnos),acción comunitaria en 6 grandes municipios con sus asociaciones, 700 ciudadanos participan en las actividades

Lecciones aprendidas.

Trabajar en red es rentable para el ciudadano y para el profesional Las sinergias generadas repercuten positivamente en la oferta de servicios de calidad La gestión clínica en Atención Primaria debe incluir actuaciones de prevención y promoción y no se trabaja con calidad abordando sólo lo asistencial

C-224

PILOTAJE DE UN PROGRAMA DE ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. GESTIÓN DE LOS RECURSOS.

GÓMEZ MONTES, C; PÉREZ RAMÍREZ, C; TORRES MORENO, S; RUIZ ESTEBAN, P; RODRÍGUEZ IDÍGORAS, M.I Y MARTÍNEZ BLANCO, J.
CS LAS LAGUNAS

Palabras Clave: Ecografía, Médico Primaria, Médico de Familia

RESUMEN

Contexto de partida.

En un centro de salud adscrito a la zona básica del Distrito Costa del Sol.

Profesionales implicados: médicos de primaria y la dirección del centro de salud

Descripción del problema/necesidades.

Disminuir el tiempo de espera entre la petición de una ecografía en primaria y su solicitud. Disminuir número de derivaciones innecesarias al especialista. Identificar las causas que llevan al médico de familia a pedir una ecografía y determinar si la ecografía ayuda a tomar la decisión adecuada en la manejo en AP o por especialista. Consecuencias para el paciente: aumento de la satisfacción y mayor confianza en atención primaria Se observo el tiempo medio de respuesta para la realización de las ecografías y se examinó los diagnósticos finales al usar la ecografía como método diagnóstico.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Mediante un estudio prospectivo, observacional desde enero a octubre del 2008, se evaluó 275 pacientes derivados para realización de ecografía por diferentes motivos. Profesionales implicados: todos los médicos de atención primaria del centro, a través de una sesión clínica donde se explicó el proyecto. Fase de análisis (oct-dic 2007), realización (enero-oct 2008), resolución (a día de hoy)

Resultados obtenidos.

Efectos: disminución del tiempo de espera y mejor manejo del caso en atención primaria Hubo un ahorro del 73% de derivaciones. El 44% fueron normales y la satisfacción del usuario fue cercANA al 99%Tras la realización del pilotaje, se considera de gran importancia la implementación de un proceso de ecografía en atención primaria como herramienta útil para una mejor gestión de los recursos en atención primaria (disminución de las derivaciónes y de otras pruebas diagnósticas)

Lecciones aprendidas.

El pilotaje de este proyecto ha beneficiado tanto a usuarios (tiempo de espera, traslado a hospital, realización de otras pruebas, satisfacción absoluta, mayor confianza en atensión primaria), como a profesionales (capacidad de decisión en menos de 24 h, aumento de la motivación por mayor resolución y confirmación de diagnósticos de sospecha) como para el centro (mayor gestión de los recursos) La próxima vez podría haber más personal cualificado para realizar la ecografía y mayor agenda de atención al usuario. El mensaje para transmitir: La eco abdominal en AP es una herramienta útil para el médico de atención primaria, herramienta de gestión (ahorro de recursos económicos y humanos) y una forma de incrementar la satisfacción y la confianza del usuario en la atención primaria.

C-225

ADAPTANDO LA ORGANIZACIÓN A LAS NECESIDADES DE LOS CIUDADANOS EN EL COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

RUBIAL BERNARDEZ, F.; POSE REINO, A.; ALENDE SIXTO, M.R.; CERQUEIRO GÓMEZ, S.; FREIRE PÉREZ, B. Y CARAMÉS BOUZÁN, J.. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

Palabras Clave: Pluripatología, Edad Avanzada, Atención Integrada

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio fue realizado en el Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS) y en él se describe el modelo organizativo adoptado en la Unidad de Atención a Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada (UPIA), así como los primeros Resultados obtenidos.
En su gestación estuvieron implicados profesionales de distintas especialidades, categorías y niveles asistenciales.
Descripción del problema/necesidades.
El 21.5% de los pacientes del área sanitaria de Santiago son mayores de 64 años, y son precisamente los ciudadanos de edad avanzada los que presentan mayores tasas de pluripatología con todo lo que ésta lleva implícita: polimedicación, hiperfrecuentación, reingreso. Más de un 50% de las admisiones en el CHUS se producen en mayores de 65 años. El Plan Estratégico del Hospital, plasmando esta realidad, establece la necesidad de promover la creación de estructuras asistenciales específicas para la atención a estos pacientes, naciendo así la UPIA.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se constituyó la Unidad con tres especialistas en Medicina Interna a los que se les asignaron 22 camas, un hospital de día con 8 puestos y una unidad de día con 2 consultas. Se difundieron los objetivos de la Unidad en 3 grupos diana: Atención Primaria, Urgencias y las Residencias Sociosanitarias. Globalmente el objetivo principal fue proporcionar una atención coordinada, efectiva, eficiente, segura y de calidad, empleando para ello fundamentalmente recursos ambulatorios y estableciendo circuitos de atención específicos.
Resultados obtenidos.
En los primeros 6 meses de funcionamiento se han realizado 430 hospitalizaciones, de las cuales un 7% fueron programadas. La estancia media fue de 10.74 días, y los principales motivos de ingreso fueron insuficiencia cardiaca y agudizaciones en broncópatas crónicos. En el hospital de día se han realizado diversos procedimientos como antibioterapia i.v., paracentesis, transfusiones, etc, especialmente en pacientes institucionalizados. Estos nuevos circuitos han demostrado ser útiles y han permitido mejorar la coordinación asistencial en los pacientes atendidos. No obstante, será preciso fomentar las acciones encaminadas a incrementar los ingresos programados, reduciendo la presión de urgencias.
Lecciones aprendidas.
El manejo conjunto y coordinado de los pacientes pluripatológicos y de edad avanzada mejora la efectividad y eficiencia de la atención, pero para ello es imprescindible disponer de equipos multidisciplinares y estimular la coordinación fluída interniveles. Es preciso manejar la cronicidad desde el ámbito ambulatorio, incrementando en número y calidad las acciones preventivas.

C-226

CÓMO MEJORAR LA INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

DÍAZ LÓPEZ, Y; GARCÍA PARDO, RM; GÓMEZ PESQUERA, C; MOLINER PRADA, C; PÉREZ SEOANE, JM Y BALLARÍN BARDAJÍ, M. GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 7

Palabras Clave: Comunicación, Participación, Mejora, Procesos, Trabajo Equipo

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realizó por el Equipo Directivo de un Área Sanitaria de Atención Primaria
Descripción del problema/necesidades.
En la autoevaluación EFQM y en las encuestas de clima laboral se identificó que los profesionales valoraban como deficientes los temas de comunicación y participación. Por ello se definió un proyecto que pretendía: Sistematizar las reuniones del Equipo Directivo de la Gerencia (EDG) con los centros y de la Comisión Directiva del EAPs (CDEAP) con los profesionales. Diseñar un Cuadro de Mando accesible a los profesionales. Crear un Portal Corporativo como vía de comunicación. Fomentar la participación de los profesionales
Desarrollo y soluciones aportadas.
El grupo de mejora (EDG): Planificó mantener, dos reuniones de las Subdirecciones y una del Gerente anualmente con cada centro. Definió el contenido de las reuniones y de las actas que debían incluir los acuerdos y áreas de mejora detectadas. Monitorizó el seguimiento de los proyectos de mejora implantados a través de un registro. Incluyó en el Contrato de Gestión de cada EAP dos objetivos de las CDEAP para canalizar la información a los profesionales. Diseñó un Cuadro de Mando con los indicadores del Contrato de Gestión, y un Portal Corporativo que incluye: edición de noticias, gestor documental con todos los documentos, enlaces de Internet de utilidad para la asistencia, Rincón Social de eventos. Se crearon las siguientes Comisiones de participación: Responsables de UNAD y Grupo Médico Asesor y se acordó que éstas debían reunirse 3 veces al año. Se procedimentó la elaboración de documentos especificando, la participación siempre de profesionales y el reconocimiento a éstos. Se nombraron responsables de los objetivos claves en cada Centro y en la Gerencia
Resultados obtenidos.
El D. Gerente y las subdirecciones cumplieron el 100% y 81% del pacto de reuniones respectivamente. Se implantó el Cuadro de Mandoy el Portal Corporativo accesibles a todos los profesionales del Área. Todas las Comisiones de Participación cumplieron el pacto de reuniones. En el 100% de los documentos elaborados participaron profesionales. En la encuesta de clima laboral 2008 (CVP-35) se objetivó una tendencia ascendente en relación al 2006 en los 5 ítems relacionados con comunicación y participación, siendo > a 0.5 (significativo) el aumento del item “posibilidad de expresar lo que pienso y lo que siento”
Lecciones aprendidas.
A pesar del poco tiempo transcurrido (iniciado en 2006) y de que las medidas se han implantado de forma gradual, se muestra una mejoraen la comunicación y participación del Área expresada en los resultados de la encuesta de clima laboral

C-227

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES VULNERABLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA.

DANIEL MORAL ALGUACIL; ANA Mª MUÑOZ FLORES; CARMEN RODRÍGUEZ SUAREZ; JORGE DE AMUEDOSÁNCHEZ; YOLANDA HONTIYUELO GÓMEZ Y ISABEL RODRÍGUEZ LORITE.
Hospital Comarcal de la Axarquía

Palabras Clave: Paciente vulnerable, Urgencias Gestión, Cuidados, Continuidad

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital C. Axarquía, dispone de un procedimiento para detección y seguimiento de pacientes más vulnerables en el entorno del Servicio de Urgencias.
Creamos un grupo de trabajo de profesionales de enfermería para dar una respuesta a estos pacientes acorde a sus necesidades
Descripción del problema/necesidades.
El grupo de trabajo identificó unos perfiles de pacientes con mayor vulnerabilidad, en un entorno urgente de asistencia a demanda, de celeridad en la respuesta y de la alta rotación de pacientes PERFIL 1 Paciente > de 65 años, dependiente, 2 ó + patologías, polimedicadoPERFIL 2 DISMINUCIÓN DE SU AUTOSEGURIDAD PERFIL 3 PROBLEMAS DE RELACIÓN/ COMUNICACIÓN PERFIL 4 TERMINAL/PALIATIVO PERFIL 5 REINGRESOS FRECUENES Pretendemos responder de manera integral y segura a las necesidades de estos pacientes, asegurando la prestación de cuidados y la continuidad asistencial
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseñó un circuito de detección, identificación y asistencia de estos soluciones aportadas perfiles desde la enfermería de Triage. Si el perfil del paciente corresponde a la cartera de servicios de Gestión de Casos del Hospital se derivará a la Enfermera de Enlace mediante copia de Hoja de Triage Una vez el paciente ingresa en Urgencias se le asigna un enfermero referente, responsable de su valoración y planificación de cuidados. Al alta se emitirá Informe de Continuidad. Este procedimiento facilita la gestión de cuidados en el Área Al fin de mejorar la estrategia de continuidad y minimizar la fragmentación de la información, se creó la Subcomisión de CuidadosCríticos y Urgencias (Comisión Cuidados de Área) para difundir y seguir este proyecto. El fin es organizar mejor los recursos internos delhospital y coordinarlos con los del Área.
Este procedimiento es novedoso y necesita monitorización y evaluación continuada para poder hacer los ajustes necesarios y desarrollar toda su proyección y repercusión en los cuidados. Se crea una base de datos para recoger los pacientes vulnerables detectados, sus perfiles e intervenciones:Asignación enfermera referente, valoraciones, derivaciones...
Resultados obtenidos.
Grupo de trabajo de pacientes vulnerables Base de datos para evaluación del procedimiento Identificación de pacientes vulnerables. Mayo: 33 pacientes detectados. Valoración necesidades y Enfermera Referente: 93.93%.
Derivación gestión de casos: 45.45%
Lecciones aprendidas.
Hay que adaptar la asistencia a las características de nuestros clientes La necesidad de evaluar para mejorar Este proyecto es extrapolable a otros contextos para una detección precoz de pacientes frágiles y responder a sus necesidades

C-228

RESULTADOS INMEDIATOS COMO RESULTADO DE ACTITUDES DE MEJORA

DÍAZ LÓPEZ, Y; DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, MA; HERNÁNDEZ FUENTES, S; JIMÉNEZ CARRAMIÑANA, J; RIDAURA CUENCA, A Y BALLARÍN BARDAJÍ, M.
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 7

Palabras Clave: Mejora, Trabajo Equipo, Procesos, Apoyo Directivo

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realizó en 7 Unidades de la Gerencia (UG) de un Área de Atención Primaria (Informática, Tarjeta Sanitaria, Infraestructuras, Contabilidad, Suministros, Personal, Nóminas y Secretaría)
Descripción del problema/necesidades.
Los objetivos fueron, poner en marcha un proyecto de mejora en cada problema/ UG, e implantar la cultura de calidad en la Gerencia, área de mejora necesidades identificada tras la autoevaluación EFQM
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto incluyó 2 líneas de actuación: 1. Formación, teórica y práctica, impartida por la Responsable de Calidad del Área (RCA), sobre cómo poner en marcha un proyecto de mejora y manejo de herramientas de calidad, dirigida a 3 integrantes de cada UG.2. Constitución de un grupo de mejora en cada UG, liderado por el Jefe de la Unidad y coordinados por la RCA para identificar problemas e implantar un proyecto de mejora. Las fases de los proyectos de mejora fueron: 1. Identificación de problemas específicos en cada UG. 2. Agrupación de problemas, con el Diagrama de Afinidades en: 2.1 Problemas cuyo nivel de solución está fuera del alcance de la UG, 2.2 Problemas cuyo nivel de solución depende de la UG, bien 2.2.1 de solución inmediata o 2.2.2 cuyo abordaje precisa un proyecto de mejora 3. Priorización del proyecto de mejora, con una matriz basada en criterios 4. Análisis de las causas del problema con un diagrama de Ishikawa 5. Definición e implantación de las acciones de mejora 6. Reevalución. Los problemas de solución inmediata dependientes de la UG fueron abordados por los Jefes de cada UG, la Dirección de Gestión y la RCA. Los problemas cuyo nivel de solución no dependían de la UG, fueron trasladados a la Comisión de Dirección del Área
Resultados obtenidos.
Han participado 56 profesionales. Se han identificado 175 problemas, de los que 86 (49%) su solución estaba fuera de la UG, 60 (34%) eran de solución inmediata por la UG, y se ha implantado un proyecto en cada una de las 7 UG, 3 con resultados positivos en la reevaluación. De los que dependían de la Dirección 45(52%) fueron de solución inmediata, incluyendo aspectos estructurales 15(17%), formativos 7 (8%), organizativos 12 (14%) y de coordinación entre UG 11 (13%) y, además, se implantaron 3 proyectos de mejora en la Gerencia. 95 problemas de los 175 (54%) se resolvieron ya que fueron de solución inmediata bien de las UG bien de la Dirección
Lecciones aprendidas.
El proyecto ha permitido solucionar, de forma inmediata, más de la mitad de los problemas identificados por las UG. La participación activa de los profesionales en el proyecto, es un elemento de motivación y compromiso en la mejora continua de los procesos

C-229

NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE CORONARIOGRAFÍAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL. MODELO DE IDA Y VUELTA

MÓNICA FERNÁNDEZ QUERO ; SARA BALLESTEROS PRADAS; NIEVES ROMERO RODRÍGUEZ; MARIANO RUIZBORRELL; ÁNGEL SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y ÁNGEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

Palabras Clave: accesibilidad, equidad, continuidad asistencial, seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Unidad de Hemodinámica, Área del Corazón) y Consorcio Sanitario Público del Aljarafe (Cardiología) que presta asistencia sanitaria especializada a la comarca del Aljarafe, en la provincia de Sevilla y atiende a una población de referencia de 250000 habitantes.
Descripción del problema/necesidades.
La realización de coronariografías de un hospital comarcal suele depender de la disponibilidad de camas en el hospital de referencia. Los problemas principales en la fase previa a la implantación de este modelo eran: 1Dificultad en la comunicación entre ambos hospitales;2Dependencia de la disponibilidad de camas de nuestro hospital, empeorando todavía más durante lo picos estacionales;3Pérdida del paciente por parte del médico responsable del mismo en el hospital comarcal;4Desplazamiento familiar y del propio paciente perdiendo la cercanía del domicilio.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Nuestro centro ha implantado un modelo de gestión de las coronariografías solicitadas en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe directamente con nuestra Unidad de Hemodinámica, con la realización de estudios diagnósticos y terapéuticos en el mismo día sin ingreso en nuestro hospital (modelo de ida y vuelta). El programa incluye un Área de Cuidados junto a la Sala de Hemodinámica con asistencia inmediata tras el cateterismo, donde además el paciente podrá estar acompañado de un familiar, disponiendo de privacidad a la espera del transporte.
Resultados obtenidos.
Desde Marzo de 2005 hasta Diciembre de 2007 nos fueron remitidos 420 pacientes con este modelo.Ell transporte secundario se realizó normalmente en ambulancia asistencial con personal facultativo. En una fase más reciente hemos protocolizado el tipo de transporte sanitario de forma proporcional al nivel de riesgo del paciente para hacer más eficiente y seguro el traslado y el modelo global.La estancia media de estos pacientes se redujo en 0.71 días respecto a la fase previa sin este modelo de gestión, con la ventaja además de conseguir un proceso terapéutico finalizado. No se identificó ninguna complicación atribuible al traslado. Presentaron eventos clínicos mayores (muerte, reinfarto, ictus y necesidad de nueva revascularización) el 3.4% a los 30 días y el 9% en el seguimiento a largo plazo (mediANA 27.5 meses; rango 11-38 meses).
Lecciones aprendidas.
El modelo de gestión protocolizado de realización de coronariografías de ida y vuelta permite:
- Acortar la estancia hospitalaria.
- Favorecer la accesibilidad y la equidad
- Garantizar la continuidad asistencial
- Demuestra ser un método seguro.

C-230

PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE USUARIOS Y TRIAJE DE LOS USUARIOS POR PARTE DE LA UAU.

GASCÓN, JORDI; QUESADA, ORIOL; IBAÑEZ, SANDRA; MADRID, MIGUELA; MATEO, ENRIC Y PERIS, ANTONI.
CASAP CAN BOU

Palabras Clave: Usuario, protocolo, derivación, recepción, triaje

RESUMEN

Contexto de partida.
Centro de Atención Primaria. Médicos, enfermeros y administrativos intervinieron en la elaboración del protocolo de recepción de usuarios (PRU). El estudio ha sido llevado a cabo por personal de la UAU (Unidad de Atención al Usuario)
Descripción del problema/necesidades.
Se estableció una guía de intervención de enfermería en la demanda problema/ aguada. Se definió el un papel activo en el triaje de los usuarios por necesidades parte del administrativo sanitario.
La UAU se convirtió en el primer punto de contacto en el proceso de triaje. Se organizó un grupo de trabajo formado por médicos, enfermeros y administrativos. Se valoraron los conocimientos de la UAU y las revisitas de los pacientes. De tipo cualitativo pero se cuantificó el tiempo de espera por profesional responsable de la atención.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se analizó el tipo de demanda aguda. Se Definió un protocolo que comprende la guía de intervención de enfermería, la actividad a desarrollar por la UAU y los circuitos de triaje. Se formó al personal de al UAU.. Cada mes se reúne el grupo para mejorar el protocolo con las aportaciones de los distintos profesionales del centro. En la elaboración y mejora continua del PRU están implicados médicos, enfermeras y personal de la UAU. Se explicó el PRU a todos los profesionales del centro. Proceso de mejora continua con cinco fases: Nueva versión del PRU. Periodo de prueba. Consideración de alegaciones. Implantación. Recogida de incidencias.
Resultados obtenidos.
El PRU mejoró la habilidad de la UAU en el triaje y la derivación de los usuarios hacia las ramas adecuadas del circuito. Encuesta a todos los profesionales asistenciales. Respondieron 36. Puntuaron la utilidad del PRU con un 7.94 de media, el papel activo de la UAU con un 7.69 y la competencia de la UAU en su aplicación con un 7.44. Comparando con otros centros donde habían trabajado: El 53% consideraron este PRU como más útil o mucho más útil. El 88% consideró más activo el papel de la UAU el EAP. El 77% considera más competente la UAU en este centro. El 63% considera además que la gestión de los usuarios ha mejorado con el tiempo. Se detectaron menos incidencias y de menor impacto en la actividad diaria. Las incidencias que surgen permiten mejorar el protocolo y competencia del personal.
Lecciones aprendidas.
Un administrativo activo y bien formado en el triaje mejora la gestión de los problemas sanitarios de los usuarios. Al ser el primer punto de contacto es de vital importancia a la hora de orientarlo hacia el profesional que mejor atenderá su problema. Completar el estudio del problema con una encuesta de satisfacción del usuario. Implantar un protocolo claro y concreto. Implicar a todos los profesionales en su confección. Consensuarlo con todo el equipo. Formar a todo el personal del equipo. Ser riguroso en su aplicación y seguimiento.

C-231

¿SE PUEDE MEJORAR LA GESTIÓN DEL ALMACÉN CON METODOLOGÍA DE CALIDAD?: VA A SER QUE SÍ

DÍAZ LÓPEZ, Y; AYUSO DURAN, FJ; YUSTE ORTEGA, I; ALIA GÓMEZ, JC; LÓPEZ ABAD, J Y MAS CEBRIAN, E.
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 7

Palabras Clave: Mejora, trabajo equipo, clima laboral, almacén

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se realizó, por los propios trabajadores, en la Unidad de Suministros y Almacén de un Área de Atención Primaria

Descripción del problema/necesidades.

Tras una tormenta de ideas para identificar los problemas de la Unidad, dentro de un proyecto de mejora integral en la Gerencia, se priorizó, con una matriz de criterios, la falta de espacio en el Almacén que conllevaba: dificultades en la recepción y colocación del material, problemas en su localización y acceso, y mucho tiempo para la preparación de pedidos

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se creo un grupo de mejora en la Unidad integrado por los 3 celadores almaceneros, 3 auxiliares administrativos y el Jefe de Sección, coordinados por la Responsable de Calidad. Definido el problema, se analizaron las causas raíces, con un diagrama de Ishikawa y se establecieron acciones de mejora, plasmándolas en un Diagrama de Gantt, en el que constaba el responsable y cronograma. Las acciones fueron: colocación del material según orden del pedido, adecuación de los espacios al volumen y stock de cada artículo, colocación de materiales más voluminosos en palés eliminando estanterías, creación de un espacio más accesible a transportistas y proveedores. Alianza con proveedores para la colocación de entradas intercambiando palés

Resultados obtenidos.

Se incrementó el volumen útil de almacenamiento en 55 m3, duplicando el espacio libre disponible. Se disminuyó el tiempo medio diario de preparación de los pedidos en 45 minutos, lo que supone un ahorro mensual de 2.5 jornadas laborales. Se disminuyó en 5 horas al mes el tiempo medio de colocación de material de entradas. El intercambio de palés minimiza el riesgo de caducidad de los productos. Se mejoró la accesibilidad de las entradas/salidas de mercancías, hecho muy valorado por los proveedores. Los resultados antes/después de la encuesta de clima laboral en la Unidad (CVP-35) mostraron mejoras en las 3 dimensiones, disminución de 0.65 puntos en Percepción de Demandas (5.5-4.9), aumento de 0.96 en Percepción del Apoyo Directivo (5.7-6.7) y aumento de 0.9 en Motivación intrínseca (7-7.9). La Calidad de vida del trabajo aumentó de 6.2 a 7.5. El item con mayor mejora (2.75) fue “Mi empresa trata de mejorar mi trabajo”. Diferencias > a 0.5 se consideran significativas

Lecciones aprendidas.

La participación de los profesionales conocedores del proceso en el rediseño del almacén y el impulso de la Dirección en la puesta en marcha del proyecto, ha supuesto, una mayor eficiencia en el trabajo, aumento de la motivación y satisfacción de los profesionales, mejora de la coordinación con los proveedores y percepción de apoyo de la Dirección

C-232

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA AVANZADA

ARRANZ NIETO, R; SAEZ VAQUERO, T; LÓPEZ PARRA, E; VIÑA CARREGAL, B; LUJANO ARENAS, A Y HERNÁNDEZ DE LAS HERAS, T.
Gerencia At. Primaria Area 1 de Madrid

Palabras Clave: Programa, Enfermedad Crónica

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se realiza en el Área 1 del SERMAS como efecto de la coordinación entre el Hospital Virgen de la Torre y Atención Primaria, participando profesionales sanitarios y de las direcciones de ambos niveles asistenciales

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto se centra en: Adaptar los servicios asistenciales a las problema/ demandas surgidas del envejecimiento poblacional, mejorar la calidad necesidades asistencial del enfermo crónico, usar adecuadamente las urgencias hospitalarias, reducir los días de hospitalización inadecuados, usar eficientemente los recursos y cambiar la cultura asistencial de procesos agudos a la de cuadros crónicos Los enfermos crónicos son atendidos a diferentes niveles (Atención Primaria, urgencias y consultas externas hospitalarias, etc), por lo que una buena coordinación entre ellos puede garantizar asistencia de calidad, tanto en domicilio como en el hospital A fin de cuantificar el problema se realizó, a través de OMI, un estudio de los enfermos de los 13 EAPs de Vallecas que potencialmente pueden ser beneficiarios del PECA a corto, medio y largo plazo, objetivándose en 3229 enfermos

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras diversos contactos entre la Unidad de Medicina Interna del HVT y la Dirección de AP del Área, se diseñó un programa donde se le ofrece al médico y enfermera de familia una línea directa con el hospital para atender directamente cualquier problema asistencial relacionado con la cartera de servicios del programa (asesoría sobre problemas clínicos, petición de pruebas diagnósticas con la posibilidad de ingreso corto programado para su realización, realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas que resulten difíciles a domicilio y estudio de petición de ingreso hospitalario) Este proyecto se presentó en cada uno de los 13 EAPs del distrito de Vallecas. Posteriormente se constituyó un grupo de trabajo con profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales que se encargan del seguimiento del programa

Resultados obtenidos.

Se han medido diferentes indicadores (cobertura, recursos, actividad, eficiencia, resultados) incluyendo satisfacción de los pacientes, que indican la mejora de la atención a estos pacientes y el uso eficiente de los recursos Nuevos problemas son: Mejora del sistema de información del programa, necesidad de implicar al personal de enfermería (gestores de casos) y de vencer las resistencias de los profesionales al cambio organizativo

Lecciones aprendidas.

Necesidad de coordinación entre niveles asistenciales en el manejo de la enfermedad crónica avanzada Necesaria implicación de los profesionales sanitarios en la atención de este tipo de pacientes

C-233

COLABORACIÓN INTERNACIONAL Y BUENAS PRÁCTICAS EN GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS: HERRAMIENTAS WEB 2.0, OPIMEC

JADAD BECHARA A; PEINADO ÁLVAREZ, E; CABRERA LEÓN, A; GOSALVEZ PRADOS, D*; MARTOS PÉREZ, F Y LÓPEZ RUIZ, A.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: Enfermedad, Crónica, Compleja, Web, esalud

RESUMEN

Contexto de partida.
OPIMEC es un proyecto promovido por la Dirección General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que cuenta con la colaboración del Dr. Alejandro Jadad, a traves de Foresight Links Corporation, y de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
Descripción del problema/necesidades.
Se crea el «Observatorio de Prácticas Innovadoras para el Manejo de problema/ Enfermedades Crónicas Complejas» (OPIMEC) que impulsa un necesidades Observatorio de información sanitaria y una Plataforma de Red en el ámbito de la gestión de ECC para el fomento de alianzas y colaboraciones desde Andalucía basadas en dar y recibir conocimiento abierto entre personas, equipos y organizaciones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La metodología llevada a cabo en OPIMEC está relacionada con el uso de Redes Sociales, Gestión del Conocimiento y herramientas de Código Abierto. Se basa en la premisa del trabajo conjunto entre distintas instituciones y equipos de profesionales bajo la fórmula de «adoptar al máximo (soluciones exitosas y ajustadas), adaptar al máximo (herramientas o componentes), crear lo mínimo y compartir al máximo» entre personas del ámbito de la gestión, profesionales sanitarios, personal investigador, ciudadanas y ciudadanos en general. OPIMEC va dirigido a gestores, sanitarios e investigadores interesados en reducir el impacto de las enfermedades crónicas complejas. Fases I (06-07): desarrollo de la plataforma Web 2.0 de OPIMEC y constitución de un Consejo Asesor Internacional. II (07-08): identificación de organizaciones y prácticas relacionadas con la gestión de EC en América Centro y Sur y en la Unión Europea, con énfasis en España, construcción de un plan de acción en Andalucía y desarrollo de una taxonomía compartida en inglés y castellano. III (08-09): selección de organizaciones excelentes y prácticas innovadoras, ampliación de la cobertura de la plataforma a otros continentes, desarrollo de la comunidad de usuarios y expansión del Consejo.
Resultados obtenidos.
Directorio y mapa de innovaciones, Plataforma Web 2.0, Líneas clave de trabajo colaborativo, Consejo Asesor Internacional, Glosario Global, Difusión internacional, Marco operativo internacional
Lecciones aprendidas.
OPIMEC está en el camino de ser un referente de promoción de conocimiento, innovación y desarrollo de prácticas que faciliten la mejora de la prevención, comunicación, tratamiento y continuidad en la calidad de la atención y la gestión a los problemas crónicos complejos de salud de las poblaciones, la mejora del bienestar y la modernización y avance de los sistemas sanitarios.

C-234

PLAN DE MEJORA DE TODOS Y PARA TODOS. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

RUBIO GÓMEZ, I.*; ESTEBAN TUDELA, M.; MARTÍNEZ VILLEGAS, J.J.; CARRASCO RODRÍGUEZ, J.; CATALÁN RUEDA, E. Y FERNÁNDEZ PAEZ, F..
GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE TOLEDO

Palabras Clave: Proceso de mejora, evaluación, resultados

RESUMEN

Contexto de partida.
El Área de Atención Primaria de Toledo está integrada por 29 Zonas Básicas de Salud (5 urbanas y 24 rurales) con 1.057 profesionales que atienden una población de 419.969 Usuarios.
Descripción del problema/necesidades.
El Plan de Mejora de nuestro área se inició con la visión de proyecto de todos y para todos, e integra once líneas estratégicas dirigidas a satisfacer las necesidades y expectativas de usuarios y profesionales. Para llevar a la acción el resultado de lo desarrollado es imprescindible que los líderes de la organización proporcionen las herramientas necesarias que contribuyan a facilitar la implicación de los profesionales de cada Centro y se constituya un proceso de mejora continua de los resultados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La metodología y desarrollo se integró en dos fases: A. Establecimiento de estructura Gerencia-Equipos: Presentación del Plan de Mejora ante los coordinadores médicos, de enfermería y administrativos. Análisis de situación y evaluación de necesidades por Centro. Definición de criterios para los objetivos (cumplimiento, permanencia y continuidad). B. Proceso, análisis y plan de actuación: Evaluación de propuestas ofrecidas por los profesionales. Estudio de las categorías que suscitan mayor interés y desarrollo de conclusiones. Establecimiento secuencial del desarrollo: Objetivos, Actividades, Responsables, Recursos y Cronograma de las acciones.
Resultados obtenidos.
Se identificaron 11 objetivos relacionados con las Líneas orientadas a usuarios y 16 con las de los profesionales. Entre ellos, relacionados con usuarios, se ha obtenido: la optimización de la web, difusión e información con 10.093 visitas a la Guía de información del usuario, un incremento anual de 5.767 en solicitud de citas y de 3.378 visitas para información general. Se han resuelto el 100% de demandas estructurales. Incorporadas 6 nuevas acciones para adecuación de servicios. Participación de 13 centros educativos en campañas de promoción y educación para la salud y puesta en marcha de 21 talleres para el fomento de la lactancia materna. Relacionados con profesionales: Un Centro con Gestión descentralizada. Ocho acciones formativas concretas. El 65% de los relacionados con el confort y seguridad en los Centros y 62,5% para los sistemas de información. Implantación del Proceso “Gestión de Quejas y Reclamaciones”.
Lecciones aprendidas.
La consideración de que la mejora continúa forme parte de la cotidianidad es un paso hacia delante para alcanzar la excelencia y ese debe ser el impulsor que mueva a todos los que participamos en la consecución del Plan de Mejora para una proyección de futuro.

C-240

NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN EN URGENCIAS, IMPACTO DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA

JESUS VILLANUEVA CAMACHO; ALICIA TARRAGONA CAMACHO; MARIA ANTONIA LOPEZ MORENO; INMACULADA ROSALES MUÑOZ; RAFAEL RODRÍGUEZ GALVEZ Y JUAN ROCA GUISERIS.
HOSP. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras Clave: Urgencias, Consultas Enfermeria, Calidad asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

La experiencia se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, estando implicados todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de la unidad

Descripción del problema/necesidades.

Tras la apertura de las nuevas instalaciones del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias se observan una serie de disfuncionalidades:
necesidades Inadecuación en el flujo de trabajo en la triada medico-pacienteenfermero con un aumento de los tiempos de espera de pacientes -Dispensarizacion excesiva de la demanda de enfermería Tanto las causas como las soluciones al problema se analizaron en foros de trabajo siguiendo directrices del PAUH Remodelación funcional de los circuitos y espacios de trabajo La cuantificacion se realizo mediante comparacion de tiempos de espera en consulta medica, consulta de enfermeria y triaje asi como tasas de reclamaciones

Desarrollo y soluciones aportadas.

Reordenación de consultas de policlínica, incorporación de consultas de uso exclusivo enfermero, reestructuración física y funcional de la sala de Cuidados y Espera Vigilada y reorientación del trabajo enfermero incorporando metodología Para la implantación del nuevo sistema de atención hizo falta un trabajo coordinado y consensuado multidisciplinar mediante grupos de mejora que se encargaron posteriormente de realizar su difusión en sesiones clinicas y protocolos internos y manuales de acogida para profesionales. Fases: Analisis de situación/evaluacion necesidades Foro de trabajo multidisciplinar Cursos de formación metodología enfermera y Triaje Manchester Implantación paulatina de la nueva funcionalidad asistencial. Ensayo-error Sesiones clínicas Reevaluacion

Resultados obtenidos.

Mejora sustancial de los tiempos de espera en recepcion pacientes y en consultas policlinica Como problemas en su implantación podríamos reseñar: 1 Recelo ante una modificación sustancial en lo que suponía la “forma de trabajo tradicional ” 2 El personal de enfermería ante este nuevo reto mostro deficiencias formativas no relacionadas con su competencia o cualificación profesional, sino con un nuevo sistema de gestion

Lecciones aprendidas.

El usuario necesita respuestas del sistema de salud a las nuevas necesidades que van surgiendo.Una actuación sobre la funcionalidad de nuestra unidad sin que ello repercutiera en un mayor o menor numero de personal asistencial hizo posible que se adecuaran los flujos asistenciales y que como respuesta a ello la satisfacción global de los usuarios mejorara, los profesionales sintieran un desempeño profesional mas cercano a sus expectativas y los indicadores de calidad se ajustaran

C-241

GESTIÓN DEL CAMBIO

RAPOSO TRIANO, MF; MATEOS GAUTIER, JM; MENA RAPOSO, J; GUERRA AREVALO, J y RAMOS DIAZ,M.
Hospital de Jerez

Palabras Clave: Gestión Clínica, Participación, Gestión Cambio

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Hospital de Jerez, con participación de los directivos y profesionales del mismo y un crítico externo

Descripción del problema/necesidades.

Hasta 2.004 sólo había una UGC en el Hospital de Jerez. Los indicadores clínicos eran de baja calidad (IUE=1,0136, MIX= 1,2529). La formación continuada era sólo de personal de enfermería y menos de administrativos. En formación pregrado sólo existían alumnos de FP, escuela de Enfermería y 6º de Medicina. Habia 16 especialidades acreditadas. La investigación se reducía a ensayos clínicos promovidos por la industria, si bien el factor de impacto de la producción científica era alto. Las instalaciones y edificios estaban muy deteriorados. Los precios de compra eran ligeramente más altos que el entorno. En noticias de prensa eran frecuentes las críticas de sindicatos y población al Hospital

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se elaboró un Plan de desarrollo del Hospital que se sumaba al plan de soluciones aportadas modernización de edificios e instalaciones, que fué creando una cultura de gestión clínica y “empowerment” de los responsables clínicos que ha generado un cambio importante en el clima e indicadores del Hospital.
Sus elementos claves eran: - Participación y feed- back a profesionales, a través de EDP, grupos de mejora y un organo colegiado, la Comisión de Dirección Ampliada; a sindicatos, mediante reuniones frecuentes con participación de la D.
Gerencia y desarrollo de comisiones de PRL, CRP y otras “ad hoc”; y población, con noticias positivas y participación en grupos de trabajo - Incentivación y motivación individualizada con potenciación de la formación pre, post y continuada, la investigación y la gestión clínica -Plan económico para la eficiencia y corresponsabilización

Resultados obtenidos.

En 2.008: IUE 0.9662; MIX 1,4613. Aumento de la resolución en CCEE, URG y actividad quirúrgica, con autosuficiencia para cubrir la demanda y alta rentabilidad del RRHH en comparación con el entorno.
80% del personal sanitario en 18 UGCs en 2.009, corresponsabilización progresiva en gestión económica con formación específica previa 100% de actividades de formación acreditadas, incluidas todas las médicas. Plan de formación de acuerdo a C. Programa. 7 acreditaciones más en docencia EIR. Nuevo modelo de docencia de grado en Enfermería e inicio de formación de alumnos de Medicina.
Unidad de Investigación.
Comisión de Participación CiudadAna y premio FACUA al modelo de participación

Lecciones aprendidas.

La formación y la participación de todos los agentes, conlleva la mejora en los resultados, la disminución de la conflictividad y la eficiencia en los recursos humanos y materiales.

C-242

CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

FUSTER PARDO, A.; HERNÁNDEZ SANTANA, A.; GARCÍA DEL ROSARIO, C.; DÉNIZ RODRÍGUEZ, M.J.; PEÑATE RODRÍGUEZ, M.M. Y MORA LOURIDO, C..
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. INSULAR-MATERNO INFANTIL

Palabras Clave: Control, Documentación

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Coordinador, Supervisora de Área Funcional y enfermeras de la Unidad.
Descripción del problema/necesidades.
Desarrollo de un aplicativo informático por la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil como control de todos los documentos clínicos existentes en el Complejo Hospitalario.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Creación de una plataforma informática en red con los ordenadores de soluciones aportadas la Unidad de Gestión de la Calidad.
Se estructuró en diversos módulos, para lograr una mayor rapidez de localización de los documentos.
Resultados obtenidos.
El programa informático aparece como una página estructurada que permite el control de la documentación mediante módulos independientes: -Emisor: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Centros de Atención Especializada y Unidades de Salud Mental, que son los centros que componen el Complejo Hospitalario.
-Tipo de documento: Guía de funcionamiento, protocolo, procedimiento, hoja informativa, manual, vía clínica, consentimiento informado, así como la documentación que integra la Gestión por Procesos.
-Estado del documento: Pendiente valoración, valorado o codificado.
A su vez, los documentos se pueden localizar por Servicios o Unidades.
Lecciones aprendidas.
La implementación del uso del aplicativo informático para el control de los documentos clínicos del Complejo Hospitalario lleva consigo una serie de ventajas: -Gran accesibilidad a los distintos documentos clínicos valorados por la Unidad de Gestión de la Calidad.
-Mayor control de los documentos en vigor.
-Conocer en todo momento la trazabilidad de la documentación (estado y situación).

C-243

ATENCIÓN CONTINUADA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE SEGÚN UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS.

JOSE MIGUEL MARTÍNEZ; MAR GARCÍA FRANCO; GEMMA ESCARTIN MARTÍN; YOLANDA GARCÍA CARO Y JOSEP RAMOS MONTES.
SANT JOAN DE DEU - SERVEIS DE SALUT MENTAL

Palabras Clave: Atención Continuada

RESUMEN

Contexto de partida.
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental es una red de servicios comunitarios y hospitalarios centrada en la atención en los problemas de salud mental y social de las personas adultas. La Unidad de Gestión de la Calidad, como órgano matricial que forma parte de la Dirección de Planificación y Coordinación Asistencial, colabora en la elaboración de la mejora de los procesos asistenciales que se llevan a cabo en la institución.
Descripción del problema/necesidades.
Nuestros usuarios son personas que padecen trastornos mentales graves, sus familias y la comunidad. Los pacientes presentan una gravedad psicopatológica y/o escaso apoyo sociofamiliar, generando una necesidad de actualización en la coordinación entre los servicios para mejorar la continuidad asistencial, disminuyendo su desvinculación, y ofreciendo una atención integral. La actualidad implica que cada dispositivo tenga "sus" pacientes. Y su relación es mediante derivación, el sistema de gestión es normativo. Se pretende incrementar la planificación y la integración en el territorio, descentralizar y profesionalizar la toma de decisiones, incrementar la especialización en la red y mejorar la eficiencia y la evaluación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Mediante la gestión clínica por procesos, que se inicia con el conocimiento de las expectativas y necesidades de los afectados. A través del consenso profesional, se realiza la revisión de los procesos actuales de los servicios y la definición de los nuevos procedimientos. Se compromete a toda la línea de mando, y se establecen los cambios organizativos necesarios, liderando el proceso y controlando los riesgos más significativos y por último, formando y evaluando el proceso instaurado. Se definen los destinatarios y objetivos del proceso, se realiza la definición global, los componentes, su representación, los indicadores y el sistema de análisis y mejora.
Resultados obtenidos.
Se han detectado algunos obstáculos para la implantación del nuevo proceso, en algunos territorios será necesario las alianzas con otras entidades, debido a una diversidad de recursos según el territorio, una falta de recursos sociales o de capacidad de gestión, la existencia de una cultura asistencial dominante y resistencias a cambios organizativos y de rol según la situación económica actual.
Lecciones aprendidas.
Nos encontramos en la fase del diseño del nuevo proceso puesto que se han de establecer muchas alianzas con servicios externos a la institución por lo que será difícil de implementar. Posteriormente se evaluarán los diferentes indicadores establecidos en el proceso para poder rediseñarlo y mejorar los aspectos más débiles.

C-244

EFECTIVIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PÉREZ RIVAS, FJ; MAGÁN TAPIA, P; OCHANDORENA JUANENA, MS; PACHECO DEL CERRO, JL; GARCÍA LÓPEZ, M Y BEAMUD LAGOS, M.
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA AREA 11

Palabras Clave: Proceso Enfermero, Efectividad, Atención Primaria Salud

RESUMEN

Contexto de partida.
Profesionales sanitarios (y su población asignada) de los 35 centros de salud del Area 11 de Atención Primaria (AP) de Madrid.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo del estudio es determinar si la población asignada a enfermeras de AP que utilizan la metodología de enfermería (ME) como herramienta de trabajo habitual en su práctica asistencial presenta mejores indicadores de resultados en salud que la población asignada a enfermeras que no la utilizan. Para evaluar la utilización de la ME se ha calculado un Índice Sintético de Cuidados de cada enfermera, teniendo en cuenta la frecuencia de diagnósticos de enfermería (y planes de cuidados) realizados y la calidad (cumplimiento de todas las etapas) del proceso.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Método de recogida de datos:La explotación de la información se ha realizado sobre la HªCª informatizada, a través de sentencias SQL. Análisis de los datos: Se ha realizado la comparación de variables de resultado dependientes (coberturas de cartera de servicios, control de patología crónica e indicadores cuantitativos de prescripción farmacológica) en función de la utilización de la ME (variable independiente)
Resultados obtenidos.
Las enfermeras que utilizan ME obtienen una coberturas superiores en todos los Servicios de promoción de la salud y los de carácter preventivo de la Cartera de Servicios de AP, salvo en el Servicio de Vacunacion antigripal de grupos de riesgo. Los pacientes con patología crónica (con diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia) asignados a enfermeras que utilizan ME presentan mejores indicadores de control de su patología: mayor porcentaje de pacientes con buen control de Hemoglobina Glicosilada (70,7 vs 63,6%), Tensión Arterial (52,2 vs 49,9%)y Colesterol(38 vs 33%), respectivamente. Los médicos que trabajan con enfermeras que utilizan metodología obtienen mejores indicadores cuantitativos de prescripción farmacológica (Gasto/Paciente) en el grupo de pacientes Pensionistas (460 € Pac/año vs 480 € Pac/año)
Lecciones aprendidas.
La utilización de la ME parece contribuir a la mejora de la salud de la población. Se tendrían que diseñar estudios prospectivos que permitieran corroborar los resultados de este estudio. Si se genera evidencia en este sentido habría que establecer las medidas de implementación necesarias para garantizar la extensión de la ME entre las enfermeras en AP y considerar los indicadores de prestación de cuidados, como indicadores de buena praxis profesional, incluyéndo la utilización de la ME en todas las Guías, Programas y Protocolos de aplicación en el ámbito de la AP.

C-245

CONOCER LO QUE TARDAMOS PUEDE AYUDAR A MEJORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS.

ORTIZ GONZÁLEZ, O; MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, E; GARCÍA CARAVACA, J C; SIERRA PREFASI, FJ Y ALCARAZ MARTINEZ, J.
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: tiempos de espera, indicadores, urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se ha realizado por médicos adjuntos del servicio de urgencias del hospital morales meseguer. Es parte de un estudio realizado simultaneamente en 7 servicios de urgencias.
Descripción del problema/necesidades.
Dentro de los indicadores utilizados para evaluar el proceso de urgencias, la medición de tiempos ocupa un papel fundamental. El retraso en la asistencia o en la realización de pruebas diagnósticas son las quejas más frecuentes presentadas. Para cuantificarlo, nos planteamos medir los tiempos de los principales periodos de espera del proceso de atención urgente: tiempo hasta el triaje, tiempo de primera asistencia facultativa, tiempo de realización de analítica, de radiografia simple, de ecografía y de tac, tiempo de estancia en observación y tiempo de estancia media en urgencias.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se escogió una semana del mes de mayo de este año y se recogieron 252 casos por muestreo aleatorio estratificado por días. En el caso de tiempos de ecografía, tac y estancia en observación se recogieron todos los casos de la semana. La recogida de datos se llevó a cabo por médicos del propio servicio de urgencias. Los resultados se compararon en función del turno y el día para contrastar diferencias con el test de la t de student.
Resultados obtenidos.
La estancia media fue de 3 horas 36 minutos. El tiempo de triaje, que en nuestro caso coincide con el de primera asistencia facultativa, fue de 18,15 minutos con una desviación típica (dt) de 16,5. El tiempo de analítica fue de 82,5 minutos dt=42,3, de rx de 85 con dt=65,5, de ecografía221,4 minutos con dt=207,1 y de tac 147,5 con dt=73,6. El tiempo medio de estancia en observación fue de 189 minutos con dt=341,2. Se observaron diferencias en función del turno en el triaje, ecografía y estancia en observación, y en función del día de la semANA en radiografía simple, triaje y estancia en observación.
Lecciones aprendidas.
Hemos encontrado diferencias en los tiempos de respuesta en función del turno y del día de la semana que pueden ayudarnos a mejorar el proceso. Habrá que comparar estos resultados con los de otros centros para terminar de establecer conclusiones.

C-246

GESTIÓN DE TIEMPOS EN LA UNIDAD DE RADIOFÍSICA EN RADIOTERAPIA

A. PÉREZ ROZOS Y J.A. MEDINA CARMONA.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Radiofísica, Radioterapia, Lista de Espera

RESUMEN

Contexto de partida.
El año 2005 comenzó el funcionamiento del Servicio de Radioterapia en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, hasta la fecha más de 2500 pacientes se han beneficiado de los tratamientos ofertados en nuestra institución. Uno de los objetivos de la Unidad de Gestión Clínica de Oncohematología es la disminución y optimización de los tiempos de espera de los pacientes.

Descripción del problema/necesidades.
Dentro de la UGC de Oncohematología, la Unidad de Radiofísica es un elemento clave en los plazos y tiempos necesarios para someter a un paciente a tratamiento, se hace necesario un conocimiento preciso de los plazos en cada etapa de preparación del tratamiento para optimizar los recursos y la gestión del personal.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha desarrollado una base de datos automatizada conectada al sistema de planificación de tratamientos y controlada por el programa de verificación independiente de unidades de monitor, que registra todos los datos técnicos y administrativos del paciente, entre ellos la fecha de TAC, fecha de delimitación de contornos, fecha de petición de dosimetría, fecha de dosimetría clínica, y verificación y preparación de datos, y fechas de inicio y final de tratamiento. A partir de todas estas fechas es posible controlar de manera periódica los tiempos de espera de un paciente específicamente en la Unidad de Radiofísica y los plazos de puesta en tratamiento.

Resultados obtenidos.
Se han evaluado un total de 2500 dosimetrías clínicas correspondientes a los pacientes tratados en el Servicio de Radioterapia. Se observa como los tiempos de espera en cada una de las etapas apenas han variado, considerándose como tiempos excelentes (Media de 0 días para urgentes, 2(0;6) días para preferentes, y 2.4(0;12) días para pacientes estándar desde TAC hasta que la planificación está lista para tratamiento). Los indicadores representados permiten evaluar desviaciones perjudiciales en el sistema así como las áreas de mejora.

Lecciones aprendidas.
El tiempo empleado en la dosimetría clínica de un paciente en radioterapia en nuestro Hospital es una componente menor en el tiempo de espera para tratamiento del paciente. El conocimiento de los tiempos dentro de la Unidad de Radiofísica permite la mejora y optimización de los recursos. La coordinación y compenetración con el Servicio de Radioterapia es clave en la disminución de plazos y tiempos de espera.

C-247

LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

LATORRE GUISASOLA, M; OLAIZOLA MENDIBIL, A; SAN SEBASTIÁN DOMINGUEZ, JA; BILBAO UNIBASO, I y LLAMAS HERMOSILLA, AMª.
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Gestión Listas de Espera; Accesibilidad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de asistencia sanitaria pública especializada a una comarca de 370.000 personas, así como al resto de la Comunidad Autónoma Vasca y otras Comunidades autónomas en los servicios de referencia.

Descripción del problema/necesidades.
Este trabajo nace de la observación de la tendencia negativa de los resultados de accesibilidad en las encuestas de hospitalización de los últimos cuatro años, mencionada como área de mejora en el Informe de Evaluación externa—2008. Su finalidad es analizar las estrategias utilizadas por los sistemas de salud públicos para el abordaje del problema de las listas de espera y establecer recomendaciones que permitan avanzar al Hospital en esta dimensión de la calidad del servicio.

Desarrollo y soluciones aportadas.
1.Equipo de trabajo: miembros de la Unidad de Calidad 2. Revisión de la literatura para conocer las principales propuestas

Resultados obtenidos.
1.Propuestas para reducir el tamaño: Aumentar la oferta del sistema; Subsidiar a los enfermos que van al sector privado; Utilizar la atención sanitaria en otros países; Reducir/Moderar la oferta; Reducir/Moderar la demanda; Modificar barreras legislativas 2.Propuestas para reducir los tiempos de espera: Aumentar la capacidad resolutiva de la atención primaria y mejorar la coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada; Favorecer la cirugía ambulatoria; Establecer tiempos de garantía (tiempos máximos de espera); Medidas de tipo organizativo encaminadas a mejorar la eficiencia 3.Propuestas para racionalizar las listas de espera: Crear o mejorar los sistemas de información sobre la lista de espera; Analizar y publicar los datos sobre la lista y tiempos de espera globales y por los diferentes proveedores; Establecer sistemas de priorización de la lista de espera; Políticas específicas con relación al sistema de financiación de los proveedores; Políticas integradoras a medio y largo plazo; Evaluar el impacto de las medidas

Lecciones aprendidas.
-Mejorar la gestión de los recursos físicos disponibles: La estrategia de optimización propone la utilización de modelos matemáticos para facilitar la gestión de las listas de espera quirúrgica, pudiéndose medir su impacto utilizando los indicadores clásicos (demora media y garantía de tiempos)
-Implantar un sistema de priorización de pacientes: La estrategia de priorización pretende incorporar el principio de equidad en la distribución de los pacientes en la lista. La medición de su eficacia se puede realizar a través de las encuestas de satisfacción y las quejas

C-248

GESTIÓN POR PROCESOS: UNA METODOLOGÍA PRÁCTICA DE TRABAJO

BALLESTER ROCA, M. Y GIMENO RUBERTE, C..
HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Palabras Clave: Gestión por procesos, AMFE, mejora continua

RESUMEN

Contexto de partida.

El modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Catalunya, basado en el modelo de la EFQM, requiere que los hospitales implanten la gestión por procesos. El Hospital Germans Trias i Pujol se fijó como objetivo estratégico la implantación progresiva de la gestión por procesos a lo largo de los próximos años, como herramienta de mejora continua.

Descripción del problema/necesidades.

Ante la necesidad de iniciar la implantación de la gestión por procesos, se precisaba una metodología que garantizase el buen despliegue de la misma. Previamente en el Hospital había habido un intento de implantación de la gestión por procesos, pero no se llegó a materializar y la iniciativa se abandonó.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde la Dirección de Calidad se impulsó un proyecto en diversas fases:

1. Convencer a la Dirección del centro: Se implicó al Comité de Dirección en:
- elaboración del mapa de procesos
- aprobación de la metodología de trabajo
- definición de procesos prioritarios, responsables y calendario de despliegue
2. Capacitarse: a través de formación teórica, visitas a hospitales que ya están aplicando la gestión por procesos y consultoría en las fases iniciales.
3. Desarrollar metodología: Se generó un procedimiento de gestión por procesos con su correspondiente ficha de proceso.
4. Crear los grupos de trabajo: Se empezó por dos procesos de importancia estratégica para el hospital: Atención urgente y Facturación. Se crearon grupos de trabajo para cada uno de ellos, con miembros de todos los estamentos profesionales que intervienen, así como un miembro de la dirección.
5. Iniciar las reuniones de trabajo: La gestión de las reuniones corresponde a la Dirección de Calidad. En la primera, se imparte una formación sobre gestión por procesos. Se ha utilizado la metodología de diagramación del proceso y el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Toda la información se recoge en la ficha de proceso, que es distribuida a todos los miembros.
6. Seguimiento: Se han definido indicadores para hacer un seguimiento temporal del proceso en reuniones mensuales en las que se analizan los indicadores y se proponen acciones de mejora.

Resultados obtenidos.

Desde las primeras reuniones de trabajo ya empezaron a planificarse acciones de mejora y hoy se dispone de indicadores de funcionamiento estables y fiables. Se han implantado mejoras evidentes.

Lecciones aprendidas.

Para una implantación exitosa, es necesario el compromiso de la dirección, un elemento dinamizador interno y una buena metodología. Es necesario extender el modelo progresivamente al resto de procesos para que no quede como algo experimental.

C-249

SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO 9001

FIDALGO HERMIDA, B.; TAFALLA BORDONADA, C.; MONDELO LÓPEZ, B.; GRANADOS ULECIA, C. Y VINUESA SEBASTIAN, M..
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

Palabras Clave: Certificación, Normalización, Gestión, Calidad, Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó el seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad por parte del personal de las Unidades de Hospitalizacion del Hospital Universitario de Móstoles en colaboración con la Unidad de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

La busqueda de la excelencia en la atención al paciente mediante el sistema de mejora continua, mediante la normalizacion de las buenas prácticas y fomentando la comunicación y participación de los profesionales, para cumplir las expectativas de los usuarios. Realizando un seguimiento del sistema de mejora continua analizando las no conformidades y los resultados de las encuestas de satisfacción.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Revisando de forma periódica las no conformidades, acciones preventivas y acciones correctivas, realizando auditorias internas y encuestas de satisfaccion a los pacientes. Se realizó un cronograma de reuniones con el personal de las unidades a lo largo el año para la realización del seguimiento del sistema de mejora.

Resultados obtenidos.

La normalización de actividades, el cumplimiento de las expectativas de los usuarios y el seguimiento del sistema de mejora a través de: La notificación de incidencias (191), la apertura de acciones correctivas
(55) como la compra de material, aumento del stockaje pactado, organizacion de reuniones para mejorar la comunicación entre distintos servicios y cursos para la formación del persnal. La notificación de acciones preventivas (4). La realización de encuestas de satisfacción obteniendo como nota global un 8.1 de lo que cabe destacar como punto fuerte la atención recibida por parte del personal de la unidad y como área de mejora las instalaciones y el horario de visita. Se realizó el seguimieto en el cumplimiento de objetivos obteniendo los siguientes resultados; de los 190 objetivos propuestos el año anterior se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 70.2%, de igual manera se propusieron 278 objetivos nuevos para el siguiente año. Se realizarón 14 auditorias internas. Se realizarón las auditorias de seguimiento obteniendo como áreas de mejora la unificación del registro de temperaturas de las neveras.

Lecciones aprendidas.

La posibilidad de normalizar actividades de diferentes especialidades medico-quirurgicas (tanto el personal sanitario como no sanitario), unificando criterios a través de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001. Mayor número de recursos materiales y humanos. La necesidad de estandarizar procesos y unificar criterios, teniendo como premisa la motivación y participación de todos los profesionales.

C-250

DISEÑO DE HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

MORA LOURIDO, C.; GARCÍA DEL ROSARIO, C.; HERNÁNDEZ SANTANA, A.; GONZÁLEZ SANTANA, M.D.; COBIÁN MARTÍNEZ, J. Y FUSTER PARDO, A..
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. INSULAR-MATERNO INFANTIL

Palabras Clave: Herramienta, Control, Gestión, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
Descripción del problema/necesidades.
Desarrollo de un aplicativo informático por la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil como vehículo de control y gestión de todos los documentos, formación y acciones de mejora existentes dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) según la norma UNE-EN ISO 9001:2008, que a su vez es gestionado por los Servicios o Unidades certificados o en vía de certificación
Desarrollo y soluciones aportadas.
Creación de una plataforma informática nueva en red con los soluciones aportadas ordenadores de la Unidad de Gestión de la Calidad y de los Servicios adheridos al SGC. Se estructuró en diversas pestañas, con diversos contenidos, con la intención de especificar los temas y la documentación que afectaba de manera específica a cada servicio para lograr una mayor rapidez de localización de los documentos y gestión específica y/o global de las acciones de mejora contempladas en la norma de referencia
Resultados obtenidos.
La implementación del uso de intranet para la gestión de los documentos de un SGC lleva consigo una serie de ventajas:
-Control por los Servicios y/o a nivel global por parte de la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario de las acciones de mejora: No Conformidades, Acciones Correctivas, Acciones Preventivas, Sugerencias de Mejora, Auditoría Interna y tareas que emanan de la Revisión del Sistema por los Servicios o Unidades; su valoración por la Unidad de Calidad y seguimiento.
-Acciones formativas desarrolladas y su evaluación teniendo en cuenta criterios, tanto por los Servicios o a nivel global del Complejo Hospitalario.
-Mayor confidencialidad y seguridad de los documentos en vigor.
-Fuente de información para la revisión del SGC por el Complejo Hospitalario.
Lecciones aprendidas.
-Accesibilidad a los distintos registros, así como un estricto control de su uso.
-Mayor confidencialidad y seguridad de los documentos en vigor; sólo tienen acceso a los documentos las personas involucradas en el alcance de la certificación; existen claves de acceso a la página web interna que sólo conocen los responsables de calidad de los servicios.
-Adecuada convivencia de la documentación en soporte informático (a través de la intranet) con el soporte papel.
-Ahorro de tiempo dedicado por el responsable para el mantenimiento del SGC.
-Mayor control de todas las tareas periódicas y realización sencilla de registros de calidad.
-Implantación rápida y fácil del ciclo de mejora continua.
-Seguimiento de las acciones de mejora.

C-251

MEJORA DE CALIDAD EN LA LOGÍSTICA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

AGUILAR ESCOBAR, V. G.; RIVERO LEÓN, S.; SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, M. Y ARANA SOLARES, I. A..
Hospital Universitario Virgen Macarena y área

Palabras Clave: Calidad, Logística, Documentación clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
Este proyecto se realizó en el Servicio de Logística de Documentación Clínica de la Dirección Económico Administrativa (DEA) del Área Hospitalaria del Virgen Macarena de Sevilla, con los responsables tanto de la sección de préstamo como archivado, así como la jefa de logística de documentación clínica y la subdirección y dirección de la DEA.
Descripción del problema/necesidades.
Se revisaron indicadores de evaluación del rendimiento (ej. Nº de problema/ reclamaciones al archivo) y condiciones físicas del archivo. necesidades Posteriormente, se realizo un análisis causa-efecto encontrándose los
siguientes problemas: 1.Tres archivos físicos distintos y colapsados 2.Retraso significativo en el archivado de HHCC 3.Aumento de Nº de HHCC en los servicios sin devolver 4.Sistema informático inflexible 5.Falta de motivación del personal 6.Inexistencia de mediciones de parámetros de evaluación 7.Falta de confianza 8.Alto riesgo de no atender al paciente por falta de las HHCC en la consulta
Desarrollo y soluciones aportadas.
Analizados los principales problemas, estos se subdividieron en cuestiones a resolver más pequeñas identificando en primer lugar aquellas tareas que no generan valor, para rediseñar e integrar los distintos procesos, aplicando medidas de control de calidad (filosofía Deming de mejora continua, las 7 herramientas de la calidad, Benchmarking, métodos Taguchi, Poka-yoke, QFD, CEP, Kaizen), incremento de capacidad, rediseño de procesos, mejoras organizativas, satisfacción y compromisos del personal y seguimiento a servicios y usuarios.
Resultados obtenidos.
Los resultados más significativos son:a) reducción a cero del número de HHCC pendientes de archivar, b) reducción del número de HHCC no encontradas en un 94%, teniendo un 0.14% de HHCC no halladas, c) reducción de un 52 % de las HHCC reclamadas a otras consultas, d) reducción del 25,2% del nº de HHCC retenidas en los Servicios, y e) el incremento de la satisfacción de los trabajadores. Por lo tanto, el proyecto en general ha disminuido el número de reclamaciones de los pacientes en un 59%.
Lecciones aprendidas.
La gestión de calidad en el Servicio de Logística de HHCC ha incrementado la satisfacción tanto de los usuarios finales como de los Servicios. Nuestra experiencia nos ha enseñado que es necesario que los servicios regresen las historias en tiempo y con la documentación completa para no tener subprocesos y recursos innecesarios. Falta colocar etiquetas con códigos de colores, además de estudiar la posibilidad de implantar tecnología RFID (Radio Frequency IDentification por sus siglas en inglés) que permite entrada y salida autómatica asi como trazabilidad de las HHCC.

C-252

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIOEDUCATIVA DE SAN JERÓNIMO

CARMEN GUIJARRO OJEDA; JOSE MANUEL SÁNCHEZ WANDELMER; GABRIEL TRIGUEROS CRESPILLO; PILAR CRESPO SERVAN; MªDEL MAR SAEZ PLAZA Y Mª PAZ CASAS.
C.S.SAN JERONIMO

Palabras Clave: Promoción de la Salud Bucodental, Alimentación Saludable

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en la escuela infantil de San Jerónimo, estando implicados las enfermeras EBAP, los educadores y los padres.
Descripción del problema/necesidades.
Pretende actuar en la mejora de la salud bucodental de la primera infancia: niñas/os menores de tres años.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se llevó a cabo con presentación del mismo a profesionales de la educación y familiares de alumnos, a través de charlas divulgativas en la escuela infantil de San Jerónimo. Los profesionales implicados son: Enfermera del Centro de Salud y Educadores de dicha escuela. La difusión parte de la enfermera del Centro de Salud que coordina dicha actividad. Se implica a los padres citándolos a la charla. Las fases han sido:
1.-Exposición, asesoramiento e información a los padres y educadores de dicha escuela, dejándoles material didáctico. 2.-A lo largo del curso visitan una frutería para conocer y distinguir los alimentos saludables, realización de talleres de limpieza y cepillado dental así como talleres de plástica. 3.-Evaluación al final del curso escolar.
Resultados obtenidos.
Implicación de los padres en el hábito higiénico de la salud buco dental de sus hijos. Asistiendo: 17 madres, 2 padres y 1 abuelo.
Implicación del personal docente de la guardería: 4 Educadoras y 1 Directora.
El resto de los resultados están pendientes de evaluar al finalizar el curso.
Lecciones aprendidas.
La buena coordinación entre los profesionales de la salud y de la educación.
La importancia de la implicación familiar en el desarrollo del Programa. El aprendizaje a base del juego de los hábitos higiénicos y la alimentación saludable.

C-253

INCORPORACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN

SANTOS ÁLVAREZ,P; BUENDIA SEGOVIA,MA; QUILEZ DIAZ, P Y BLAZQUEZ BLAZQUEZ, A.

Palabras Clave: Prescripción, Educación para la Salud, Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se llevó a cabo en el centro de salud Cerro Almodóvar, perteneciente al Área 1 de la Comunidad de Madrid.
Descripción del problema/necesidades.
De la comparación de datos reales con estándares correspondientes, según las características sociodemográficas de la zona, se estimo un posible mal uso de las medidas farmacológicas para el tratamiento de esta patología.
El proyecto pretendía lograr una mejora en el perfil de prescripción de fármacos para la osteoporosis, con lo que se disminuiría el uso injustificado de medicación en las mujeres con esta patología.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se hizo un análisis de la situación, e identificamos puntos fuertes y áreas de mejora en relación con la prescripción de fármacos para la osteoporosis. En esta fase participaron los profesionales sanitarios y no sanitarios del centro de salud. Una vez decidido las medidas a poner en marcha se explicaron a todos los profesionales implicados en reunión de equipo, abriendo la posibilidad de incorporar mejoras al proyecto original.
En el desarrollo del proyecto se contemplaron dos fases:
Primera: recordatorio y actualización de las indicaciones de tratamiento farmacológico en la osteoporosis.
Segunda: desarrollo del proyecto de educación para la Salud (EPS) :
"Mujeres en la Menopausia", en el que entre otros se aborda aspectos relacionados con la osteoporosis: alimentación, ejercicio,….
Resultados obtenidos.
Tras 3 años de ejecutar las medidas adoptadas, hemos observado una mejora en los perfiles de prescripción de estos fármacos aunque no hemos alcanzado los estándares establecidos para nuestra población.
La información que manejamos nos la facilita la unidad de farmacia mediante informes periódicos de nuestros perfiles.
A largo de estos tres años, hemos detectado la necesidad de unificar criterios con otros profesionales del sistema sanitarios, y mejorar los protocolos de registro en OMI- AP.
Lecciones aprendidas.
El hecho de incorporar una actividad de educación para la salud ha potenciado la mejora en los resultados esperados. La interrelación con las mujeres de estos grupos ha favorecido el cambio.
El proyecto se hubiese enriquecido con la utilización de herramientas de calidad, que en ese momento no se aplicaron.
Cuando se llevan a cabo medidas que afectan a grupos de población, habría que valorar la necesidad de incluir a la población diana en el proyecto de mejora desde la fase de análisis del problema.

C-254

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL MEDIANTE LA FORMACIÓN CONTINUADA

RUTH LILIANA MANRIQUE MEDINA; ALFONSO MIGUEL MUÑOZ UREÑA; JULIO FONTCUBERTA MARTÍNEZ; JUAN FCO MARTÍNEZ GARCÍA; ALBERTO BARRAGÁN MARTÍNEZ Y JOSÉ CARLOS LÓPEZ LACOMA.
UNIDAD DOCENTE - GAP CARTAGENA

Palabras Clave: Educación Continuada, Absentismo, Gestión De Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Área de atención primaria, unidad docente gap cartagena. Médicos de familia, inspectores médicos de trabajo, técnicos de salud
Descripción del problema/necesidades.
Se detectó la necesidad de adecuar la duración media de la permanencia en baja laboral a los estándares establecidos a cada diagnóstico mediante cie-9, así como gestionar el número total de bajas laborales.
Se conseguiría mejorar la atención en salud laboral de los pacientes se registró por parte de inspección médica una desviación de los estándares de permanencia establecidos y un número elevado de consultas de los profesionales.
Se evaluó la evolución de los indicadores habituales de incapacidad laboral.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se elaboró una intervención mediante actividades soluciones aportadas formativas impartidas por inspectores de trabajo y dirigidas al 100% de los profesionales implicados en la gestión de la incapacidad en atención primaria. Esta formación se impartía de forma cíclica y mantenida a los equipos de ap que se organizaban en grupos por proximidad geográfica.
Médicos de familia, inspectores y técnicos de salud se realizó convocatoria personalizada y de forma global al incluirse en el programa de formación continada de la gerencia.
Análisis preliminar en 2005, intervención 2005-2008, análisis postintervención 2007-2008.
Resultados obtenidos.
Preintervención: nº total de bajas laborales: 10,09 por cada 100 habitantes activos.
Promedio de dias en permanencia baja laboral: 66,67 (+/1,29 días)postintervención: nº total de bajas laborales: 11,29 por cada 100 habitantes activos.
Promedio de dias en permanencia baja laboral: 55,32 (+/1,09 días)el principal objetivo de la intervención era la reducción de los días de permanencia en baja, adecuándose a estándares. Este objetivo se consigue de forma estadísticamente significativa (p<0,001).Se detecta la necesidad de mejorar el número total de bajas, además de actualizar la aplicación informática utilizada para registro de bajas laborales, mediante un aviso al profesional de los estándares de duración de cada patología clasificada mediante cie-9.
Lecciones aprendidas.
La formación continuada, aplicada de forma persistente, es útil en la mejora de la calidad de la gestión clínica.
En próximas intervenciones sería útil la encuesta de necesidades específicas de formación en la gestión de la incapacidad laboral.
La actuación multidisciplinar permite mejorar el control de las bajas laborales.

C-260

COMISIONES HOSPITALARIAS:TABULA RASA Y EMPEZAR DE NUEVO

MOMPEL IGLESIAS, L.; BALLESTER ROCA, M. Y GARCÍA JALENCAS, S..
HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Palabras Clave: Comisión, Comité, Participación

RESUMEN

Contexto de partida.
La Dirección de Calidad, detectó la necesidad de reestructurar, dinamizar y llamar a la paritipación en las Comisiones Hospitalarias y que las mismas fueran una vía directa de asesoramiento y consulta para las direcciones.
Descripción del problema/necesidades.
Las comisiones existentes no estaban debidamente identificadas,su funcionamiento era irregular y algunas de ellas no estaban operativas. Entre los profesionales se detectaba falta de motivación y su participación era mínima,especialmente del personal de enfermería.Existía la percepción de que las decisiones que se tomaban en las Comisiones no llegaban a implantarse de manera efectiva en la organización. Los profesionales más jóvenes se sentían excluidos de la participación en las comisiones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se pactó con las Direcciones Asistenciales que la gestión del funcionamiento correspondiera a la Dirección de Calidad constituyéndose una Secretaría Técnica de Comisiones para tal cometido. Se dibujó el mapa de comisiones y se definieron 32 en total.Se elaboró una normativa de funcionamiento genérica, excepto las de normativa legal. Se renovaron llamando a la participación mediante convocatoria abierta.Se crearon difentes plantillas de documentos.Se estableció el papel de los secretarios mediante la edición de un Manual de Estilo.Se generó un área específica en la intranet y,a final de este año, se presentará una Memoria anual.
Resultados obtenidos.
De la convocatoria abierta se recibieron 543 solicitudes de profesionales,básicamente sanitarios,de las cuales fueron aceptadas
423. La Secretaria Tècnica de Comisiones de la Dirección de Calidad, mensualmente coordina la participación y cumplimiento de las mismas medicante un calendario anual. Actualmente existen 11 Comisiones y Subcomisiones, 4 Comisiones con normativa propia y 17 Comités.
Lecciones aprendidas.
Se ha conseguido una alta participación (543 profesionales sanitarios sobre 1.500 de plantilla) Se ha consolidado la Secretaría Técnica de Comisiones como elemento dinamizador y facilitador de su funcionamiento.En el momento actual todas las Comisiones y Comités están activos,siguen el calendario de reuniones pactado y se están proponiendo numerosas acciones de mejora en diversas áreas. Para una Dirección de Calidad, lograr el óptimo funcionamiento de las Comisiones del hospital es indispensable para conseguir los objetivos relacionados con la calidad y la seguridad clínica. Retos de futuro:evaluar la satisfacción de sus miembros, evaluar de manera sistemática el cumplimiento de los objetivos y cuantificar la inversión realizada por el hospital en su funcionamiento.

C-261

ANÁLISIS DE PARÁMETROS DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ST ELEVADO EN LA DÉCADA DEL 2000

GARCÍA ALCÁNTARA, ANGEL; DE LA TORRE PRADOS, Mª VICTORIA; REINA ARTACHO, CARMEN; NIETO GONZÁLEZ, MARÍA; ZAMBOSCHI NICOLÁS Y HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ JPRGE VIDAL.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Síndrome Coronario Agudo, parámetros calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

La Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Descripción del problema/necesidades.

Los registros clínicos son herramientas de calidad que nos permiten problema/ abordar estrategias específicas de intervención con el objeto de necesidades mejorar los resultados tanto a corto como a largo plazo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde enero de 2001 a 30 de septiembre de 2008 a través del registro de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (ARIAM) que incluye pacientes con Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST (SCSTE), analizamos a través de la base de datos variables demográficas, de atención sanitaria prehospitalaria y hospitalaria, en un total de 2103 pacientes ingresados en la Unidad Coronaria del Servicio de Medicina Intensiva.

Resultados obtenidos.

Evolución de los parámetros de calidad asistencial en el SCASTE

Variables	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Pacientes	259	261	298	270	282	272	269	192	2103
Varones*	76	77	74	75	77	74	77	74	75,5
Edad	62	62	63	63	62	63	63	62	62,2
S sanit*	62	62	64	67	70	73	75	74	68,3
Desf Preh*	2,4	2,5	3,4	3,2	4,7	4,7	4,5	4,6	3,6
ACTP Pr*	5	7	12	13	14	18	26	25	15
(Fx)*	62	64	62	61	55	52	53	53	57,7
ACTP Re*	12	13	14	16	17	19	23	27	17,6
Fx 061*	5	7	10	13	14	19	13	21	12,7
Fx<3h*	55	58	61	64	67	68	65	70	63
In D-H**	134	135	133	132	131	133	131	133	132,7
In D-Fx**	152	148	147	149	150	145	146	143	147,5
In D-Fx061**	98	97	96	94	95	92	86	82	92,5
H-Fx**	28	26	27	26	25	24	23	23	25,2
H-Infl Bal**	99	101	97	104	105	113	132	138	111,1
ICP UCI*	43	45	48	50	42	54	56	56	49,2
BB alta*	56	57	58	59	60	61	63	64	59,7
IECA alt*	35	38	39	45	65	73	74	76	55,6
Est alt*	35	37	40	46	55	67	74	75	52,5
Perfil Lip*	33	38	45	48	55	58	69	74	52,5

Lecciones aprendidas.

Conclusiones: En la mayoría de los parámetros de intervención profesional, extrahospitalaria e intrahospitalaria la tendencia es hacia la mejora. Existen dos variables donde el esfuerzo es necesario, el aviso más precoz al sistema sanitario por parte del usuario-paciente y la mediAna desde la puerta del hospital inflado de balón en la ACTP Primaria, lo que podría explicar el mantenimiento del porcentaje de la mortalidad intraUCI.

C-262

GESTIÓN LEAN EN UN HOSPITAL. ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR?

LORENZO, S; ORTIGUEIRA, JA; GARCÍA SÁNCHEZ, FJ Y GARCÍA FERNANDEZ, V.
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Palabras Clave: Lean management, Hospital.

RESUMEN

Contexto de partida.

La gestión Lean es una filosofía, una cultura, el principio de funcionamiento de procesos, organizaciones y empresas ágiles. En ella se incluye un conjunto de herramientas orientadas a incrementar la velocidad y agilidad de los procesos, a liberar capacidad, activos y recursos mediante la identificación y eliminación del desperdicio y del no valor añadido. Su aplicación al sector sanitario es incipiente.

Descripción del problema/necesidades.

En el marco de un proyecto europeo sobre la aplicación de la gestión lean al sector sanitario, nuestro objetivo era Identificar la situación de nuestro centro –hospital público de tercer nivel-respecto a las herramientas de gestión lean y priorizar los puntos fuertes y áreas de mejora identificadas en nuestra organización.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se distribuyó una encuesta facilitada al efecto desde la Universidad de Limerick, que se remitió en formato electrónico de forma anónima sin recordatorio a todos los directivos del hospital (directores, jefes de servicio y sección y supervisores). Fue cumplimentado por el 43% de los participantes. Se identificaron 6 puntos fuertes (cualificación de los profesionales, historia clínica electrónica, nivel tecnológico, edad media de los profesionales, modelo de gestión y cultura corporativa) y otras tantas áreas de mejora (investigación y docencia, arquitectura, inversiones, RRHH, información a pacientes). Con la información obtenida se diseñó una matriz de priorización (valorando de 1-9) en la que se solicitaba que se priorizaran los puntos fuertes, las áreas de mejora, los obstáculos identificados para desarrollar el potencial de mejora del hospital, los factores que influyen en la mejora de la asistencia y los obstáculos para implementar principios, métodos y herramientas de mejora continua. La matriz se remitió al mismo grupo que en el caso anterior, utilizando idéntica metodología y fue cumplimentada por el 56% de los participantes.

Resultados obtenidos.

Desde el punto de vista de nuestros líderes, los principales puntos fuertes del hospital son: cualificación y edad media de los profesionales, historia clínica electrónica y nivel tecnológico; y las áreas de mejora: información a pacientes y RRHH. El principal obstáculo identificado para que se desarrolle el potencial de mejora del hospital son crisis económica, derivaciones y comunicación. Nuestros directivos consideran que los factores más importantes para mejorar la asistencia sanitaria en el hospital son: mayor rapidez en el diagnóstico, menor tiempo de espera y procedimientos más eficientes. Los principales obstáculos para implementar principios, métodos y herramientas de mejora continua son disponibilidad de tiempo y carga asistencial.

Lecciones aprendidas.

Las encuestas utilizando el correo electrónico constituyen una herramienta adecuada para conocer la realidad del hospital, y son un método aplicable a la evaluación de cualquier aspecto de la organización. Disponer de un grupo de directivos con capacidad de autocrítica y voluntad de mejorar resulta un factor clave en la evaluación. Las áreas de mejora identificadas nos permitirán establecer los planes de mejora correspondientes con la probable implicación de los líderes en su desarrollo fruto de la reflexión conjunta de la organización.

C-263

ENFERMERÍA DE HEMODIÁLISIS EN LA ELABORACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA COMO MEJORA DE LA CALIDAD

MANZANO ANGUAS, JM.; QUINTAS RODRÍGUEZ, J.; CIRERA SEGURA, F.; NIETO ROMERO, C. Y BOTELLO MANSO, A..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Palabras Clave: Vía Clínica, Evidencia, Asistencia Integrada, Información, Registro

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Unidad de Gestión Clínica Uronefrológica, Personal de Enfermería y Nefrólogos de la Unidad.

Descripción del problema/necesidades.
Disminuir la variabilidad en el manejo de los procesos asistenciales por parte de los profesionales y mejorar la calidad percibida por los pacientes y sus familiares. Elaboración e implantación de la vía clínica de hemodiálisis en la UGC. Registro y análisis de la información aportada y se han definido los indicadores para la evaluación de resultados. Establecer cuáles deberían ser las características de la asistencia de un paciente de hemodiálisis. Se establecen indicadores de calidad y una población-objetivo restringida. Se estima que el volumen de pacientes incluidos en un año oscilará entre 50 – 60, aproximadamente la mitad de los pacientes que inicien hemodiálisis.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Reuniones periódicas durante varios meses. Grupo multidisciplinar formado por nefrólogos y personal de enfermería que analizan el proceso y definen la vía clínica. Se diseña: Historia de Acogida de Enfermería, Hoja de Verficación de enfermería y Hoja informativa para el Paciente. Elaboración de 3 fases dentro de la vía clínica: Fase de acogida, Fase de estabilización, Fase de Alta.

Resultados obtenidos.
Determinación de las variaciones que impidan la consecución de objetivos. Análisis y soluciones que incluyan la redefinición de la Vía Clínica. Las variaciones se clasifican en evitables, no evitables y mixtas .
A pesar de las dificultades inherentes al proceso se consiguió la elaboración de la vía clínica.

Lecciones aprendidas.
La implicación y el esfuerzo de todos los profesionales del grupo multidisciplinar ha generado una alta motivación y ha sido una experiencia muy positiva. La vía clínica está en proceso de implantación y será evaluada en el 2010

C-264

PRONÓSTICO DE PACIENTES DIABÉTICOS DE NOVO DIAGNOSTIC.DURANTE INGRESO HOSPITAL. SOMETIDOS INTERVENC. CORONARIO PERCUTÁNEO

*JIMÉNEZ-NAVARRO, M; MUÑOZ-GARCÍA,A; FERNÁNDEZ-PASTOR, J; ALONSO-BRIALES, JH; HERNÁNDEZ-GARCÍA, JM Y DE TERESA-GALVÁN, E.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Palabras Clave: Hemodinámica, pronóstico, diabetes mellitus, cardiovascular, hidrocarbonada

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en Hospital Universitario Virgen de la Victoria del Servicio Andaluz de Salud, en el Área de Gestión del Corazón, conjuntamente por el Servicio de Cardiología y Hemodinámica

Descripción del problema/necesidades.
La diabetes mellitus aumenta el riesgo cardiovascular en los pacientes (p) ingresados por un síndrome coronario (ISCA) y también tras revascularización percutánea (RP). Desconocemos el significado pronóstico de la detección precoz de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado mediante el test de sobrecarga oral de glucosa (SOG) en pacientes ingresados por SCA no diabéticos conocidos, según recomiendan las recientes guías de práctica clínica europeas y que posteriormente reciben RP

Desarrollo y soluciones aportadas.
El objetivo del presente trabajo ha sido conocer este pronóstico y las características clínicas y angiográficas de los diferentes grupos de p. tras SOG (no diabéticos (n=150) -respuesta normal o intolerancia hidrocarbonada-; NDM; diabéticos de novo (n=59) DMSOG; comparándolos con diabéticos conocidos (n=132) -DM- entre Mayo 06Dic 07.

Resultados obtenidos.
Los p. NDM eran más jóvenes (59,2 vs 63,7 vs 66,6) (p<0.001); tenían niveles de colesterol total y de LDL (mmol/L) mayores (105 vs 101 vs 88) (p<0.001) y menores niveles de insulina (mU/ml) tras SOG (123,3 vs 181) que los diabéticos (DMSOG o DM). Existe una mayor afectación angiográfica según el Syntax score en los diabéticos (Escala medida por hemodinamista experto ciego a los resultados del SOG) (NDM 9,9; DMSOG 11,1; DM 13,2; p<0,002).Tras un seguimiento medio de 20 meses presentaron un evento cardiovascular (muerte cardiovascular, infarto no-fatal y nueva revascularización coronaria) el 8% en NDM; 13,6% en DMSOG y 23,4% en DM (P<0,001) fundamentalmente a expensas de una menor RP coronaria (NDM 4,7%; DMSOG 11,9; DM 15,4%)(P<0,001).

Lecciones aprendidas.
Conclusiones: Los diabéticos diagnosticados durante un ingreso hospitalario por SCA tras SOG presentan unas características clínicas; grado de extensión de enfermedad coronaria y pronóstico cardiovascular tras RP significamente diferente e intermedio entre los p. no diabéticos y diabéticos conocidos previamente

C-265

MEJORAS EN PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS PRIMARIA EN UN ÁREA DE SALUD

CECILIA NAVAZO, J; UBACH BADIA, B; CASTELLANO ALARCON, J; MESSEGUER BARROS, CM; SEVILLANO PALMERO, ML Y MATEO RUIZ, C.
GERENCIA AREA 1 ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

Palabras Clave: Osteoporosis, Prevención Primaria, Posmenopausia, Fracturas

RESUMEN

Contexto de partida.
El Área 1 de AP de Madrid, del Servicio Madrileño de Salud, atiende desde 33 EAP a 779.714 personas del sureste de la ciudad y del sureste de Madrid. En 2008 la dirección asistencial, servicio de farmacia, de sistemas de información y gestión económica trabajan una estrategia para implantar mejoras en prevención de osteoporosis (op) primaria en mujeres.
Descripción del problema/necesidades.
Hay gran variabilidad clínica en prevención primaria de fracturas por op, sobre todo al indicar densitometría ósea (dmo), tratamiento farmacológico y medidas no farmacológicas, como recoge la guía recomendaciones para la valoración y tratamiento de op primaria en mujeres de la comunidad de madrid. Basándose en ella, se actúa para mejorar los conocimientos de los profesionales en op, sensibilizarles de su importancia y darles herramientas para su gestión clínica.En 2007 en el área 1 de ap no había acceso a dmo, ni protocolo de op y más del 21 % de fármacos se daban a mujeres menores de 60 años, cuando la edad media de fractura de cadera es 82.
Desarrollo y soluciones aportadas.
De marzo a septiembre de 2008 se trabajó en: •mejorar conocimientos profesionales sobre op primaria se impartieron sesiones de área para médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas de ap, abiertas a servicios de reumatología, rehabilitación y menopausia del área se dieron guías a todos los eap y se publicitó en la intranet
•Sensibilizar a sanitarios sobre prevención de op primaria en mujeres en los objetivos 2008 de los eap se incluyó op como proceso asistencial prioritario y se diseñó una sesión de autoformación obligatoria se difundió el plan en consejo de gestión
•Facilitar gestión clínica de op primaria se incluyó en historia clínica informatizada, protocolo para valorar riesgo y dar recomendaciones se dio tabla plastificada de bolsillo con el protocolo a todos los médicos, enfermeras, matronas, fisioterapeutas y mir se creó informe trimestral de prescripción en op en 2009 se piden dmo con criterios normalizados desde ap, monitorizándose su adecuación y se activa un cuadro de mando integral, accesible a los profesionales desde sus consultas, donde ven número y pacientes valoradas y tratadas por grupos de edad.
Resultados obtenidos.
El importe de prescipción de farmacos para op ha bajado del 30,6% al 27,3% en 2008 y se han hecho 6644 planes de prevención de caidas
Lecciones aprendidas.
La implantación de mejoras se facilita con formación específica, dotación de herramientas facilitadoras y feed back permanente

C-266

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001: 2008 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SÁNCHEZ PALACIOS M; LORENZO TORRENT R; SANTANA CABRERA L; MORA LOURIDO C; COBIAN MARTÍNEZ J, Y HERNÁNDEZ SANTANA A.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIV. INSULAR-MATERNO INFANTIL

Palabras Clave: Control de calidad, Cuidados Intensivos

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y la Unidad de Gestión de la Calidad del Complejo Hospitalario
Descripción del problema/necesidades.
Desarrollo de un proyecto de gestión basado en la norma ISO 9001:2008.
necesidades
Desarrollo y soluciones aportadas.
Desarrollo del procedimiento de Prestación del Servicio de Medicina Intensiva, donde se describen todas las técnicas que se aplican, la disponibilidad de apoyo de otros especialistas, el uso del equipo apropiado, la implementación del seguimiento y medición y de actividades de liberación y entrega. Las técnicas se desarrollan según Protocolos Asistenciales o Protocolos de Tratamientos y de Cuidados. Los recursos e infraestructuras son gestionados a través de la Gestión de la Infraestructura y Almacén e Interrelación entre Servicios/Unidades. Para visualizar la interacción entre los diferentes procesos se desarrolla un Mapa de Procesos. Tras todo este proceso de elaboración, se impartieron charlas sobre la aplicación de la ISO 9001 tanto al personal médico como de enfermería y con los cursos recibidos se evaluó la formación en base a criterios globales. Se creó la figura del Responsable de Calidad en el Servicio y del Responsable de la Vigilancia de la Infección.
Resultados obtenidos.
El Sistema de Gestión y Resultados, tales como el Control de los documentos y registros, Revisión por la Dirección, Análisis de datos, Indicadores, Recursos Humanos, Auditorías internas, No conformidades, Acciones correctivas, Acciones preventivas y Medición de la satisfacción son gestionadas como indicadores tanto de gestión como de resultados para el Servicio. Se realiza un seguimiento a las no conformidades, llevando a cabo acciones preventivas y correctivas. Asimismo se realizan auditorias internas con personal asistencial y no asistencial de otros Servicios, llevadas a cabo por la Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario.
Lecciones aprendidas.
La implementación y aplicación del plan de gestión de calidad en nuestra UCI, el cual ha obtenido el reconocimiento como

C-267

EVALUACIÓN DEL USO Y LA INDICACIÓN DE TAC Y RMN EN EL CENTRO CONCERTADO H S JUAN DE DIOS (HSJD)CÓRDOBA POR EL SAS.

NICOLAS RODRÍGUEZ VEDIA; J LUIS MONTERO CANTERO; ARACELI PASCUAL FAÑARAS; SALUSTIANO LUQUE LOZANO Y J GARCÍA SANCHEZ. NICOLAS.RODRÍGUEZ. SSPA@JUNTADEANDALUCIA.ES

Palabras Clave: Uso tecnologia en centros concertados

RESUMEN

Contexto de partida.

En el área de radiodiagnóstico del HSJD de Córdoba, por parte del equipo provincial de inspección se evaluaron las peticiones de TAC y RMN que se realizaron desde los Hospitales del SAS en el año 2007, a través del concierto con el Hospital.

Descripción del problema/necesidades.

Pretendiamos conocer si las petciones de TAC Y RMN a traves del problema/ concierto con HSJD estaban indicadas, asi como la correlacion clinica necesidades de las mismas.Par ello de los 1272 TAC, se evaluaron 252 informes
radilogicos y de las 299 RMN realizadas con el concierto se evaluaron
54.

Desarrollo y soluciones aportadas.

De las 252 TAC correspondian 164 del H de Cabra, 82 del H Reina Sofia, 5 de HSJD y 1 de SOCODI, de las 54 RMN 29 se solicitaron directamente desde atencion primaria, dentro de un programa para disminuir las demoras para ser intrevenidos de procesos de columna vertebral, y el resto eran pacientes ingresados en el HSJD con cargo al concierto con el SAS. Se evaluaron la distribucion de informes de TAC y RMN, por especialidad, region topografica, si los informes clinicos estaban completos. Se calculo un indice utilidad, que es el resultado de los informes con indicacion adecuada y correlacion clinico diagnostica,entre total de informas realizados.

Resultados obtenidos.

1-La distribucion de los informes de TAC, por especialidades es:ORL 30%, M INT 19 %, Trauma 17 % 2-La ditribucion delos informes de RMN es Trauma 89%, Cirugia 7%, M INT 4 %. 3-Grado de cumplimentacion de informes de TAC: 72% completos, 21% incompletos, 7 % deficientes.La RMN el 100% completos. 4-Distribucion topografica del TAC, fue: Craneo 40%, senos 14%,Torax 6 %.La de la RMN fue:c lumbar 50 %,rodilla 13%,c cervical 11%. 5-hallazgos clinicos, en el TAC el 63%, y en la RMN el 96 %. 6-Indicacion adecuada de la prueba: TAC el 65%, y en la RMN el 96%. 7-Indice de utilidad: en el TAC 51, en la RMN 75.

Lecciones aprendidas.

1-de los 252 TAC evaluados solo el 5% de elos eran del propio centro concertado, siendo el resto de Hospitales del Sas para dar cumplimiento al decreto de demora maxima. 2-De las RMN el 54% se solicitaron directamente desde atencion primaria, par resolver los problemas de demanda de la unidad de columna del HRSOF. 3-El 100 % de las historias evaluadas disponian del informe de la exploracion. 4-el indice de utilidad del Tac es del 51 y de la RMN es 96, siendo mas eficientes las peticiones de Rmn que se realizaron que las del TAC, donde sera necesario protocolizar las peticiones. 5-El coste del TAC y la Rmn a traves del concierto con HSJD es mas caro que si se realiza directamente con la empresa de radiodiagnostico que esta subontratada.

C-268

DESCRIPCIÓN DE PROCESOS CLAVE EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN CENTROS DE SALUD MENTAL

TERESA RIBALTA TORRADES y SILVIA BONFILL COSP. FUNDACIO ORIENTA

Palabras Clave: Historia clínica informatizada, proceso implantación

RESUMEN

Contexto de partida.

INTRODUCCIÓN:La informatización de la Historia Clínica (HC) en el ámbito sanitario garantiza un aumento de la eficiencia del trabajo clínico al sistematizar el registro y la gestión de la información clínica permitiendo un acceso ágil, ordenado y claro a los datos. Favoreciendo la eficiencia asistencial, la investigación, docencia, la posibilidad de realizar auditorías. Sin embargo es necesario buscar la calidad en el proceso de implantación para garantizar la satisfacción del usuario, los pacientes y la utilización práctica del nuevo sistema.

Descripción del problema/necesidades.

OBJETIVOS:Lograr una implementación eficiente a través de la definición de los procesos clave del proceso de implantación del nuevo sistema. Garantizar una utilización amplia del sistema fomentando la participación de los profesionales en todo el proceso y lograr la satisfacción de los usuarios internos y externos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Definición de los procesos clave: •Estudios previos, viabilidad económica del proyecto, requerimientos técnicos de infraestructuras y hardware •Adecuación software a la organización y estudio y preparación de datos susceptibles migración. •Definición de un equipo humano motivado impulsor del proyecto •Creación de una comisión de HC para el

C-269

TELEMEDICINA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

CLARA I SALAZAR FERNÁNDEZ; JAVIER HERCE LÓPEZ; ESTHER VIDAGAIN; FATIMA MILLAN; ALFONSO GARCÍA PALMA Y Mª TERESA SOTO.
HUVM

Palabras Clave: Telemedicine

RESUMEN

Contexto de partida.
Área Hospitalaria Virgen Macarena Odontología de AP Distrito Norte y Sevilla Cirugía Maxilofacial del H.U. Virgen Macarena
Descripción del problema/necesidades.
Sobrecarga del 1ªconsultas del s. Cirugía maxilofacial: 32% corresponde a disfuncion de atm (sdtm). De ellas el 70% se tratan de sdtm estadios i-ii-iii wilkes que se tratan satisfactoriamente en ap y el resto serian subsidiarios de asistencia hospitalaria. Actualmente el paciente viene 3 veces al hospital con una demora media de iniciar el ttº de 88 dias y una media de perdidas de horas de trabajo de 32 h/paciente
Desarrollo y soluciones aportadas.
estudio prospectivo de pacientes con sdtm. 1º fase: formativa del odontologo en patologia de atm y telemedicina 2ª fase: el paciente acude a ap donde el odontologo rellenara un cuestionario de valoracion clinica y pedira estudio radiografico (h.U.V.M.), Enviará el cuestionario (nhusa)por via intranet del sas a teleatm del s. Cirugía maxilofacial (cmf). 2 Cmf valorarn el cuestionario clinico y radiologia (intranet del hospital) y emitiran un informe diagnostico y terapeutico asi como una cita hospitalalria (si fuera preciso) a ap correspondiente via intranet. Si al año el paciente no mejorara seria visto en consutas de atm hospitalaria 3º fase. Recogida de datos, valoracion de calidad, costes y satisfaccion
Resultados obtenidos.
72 Pacientes con sdtm han sido asistidos por telemedicina desde 1-1-08 alo 31-7-08, de ellos solo 6 (8%) preciso asistencia hospitalaria, el resto (92%) fueron diagnosticados y tratados en su centro de salud por su odontologo segun protocolo establecido (consulta de alta resolucion) en un tiempo medio de 15 dias en iniciar el ttº y con una perdida de horas laborales de 16 h/ paciente. Tasa de fallo del diagnostico y ttº 0%. Se evitaron un 23% de 1ª consultas hospitalarias, se redujo el inicio del ttº en 73 dias y al 50% las perdidas de horas laborales
Lecciones aprendidas.
- Gran efectividad diagnostica-terapeutica, gran eficacia coste-efectividad - instalacion de intranet en todos los centros de ap - intranet en imagenes de radiologia simple educacion formativa de medicos de familia en el circuito

C-270

DETECCIÓN DE PACIENTES CON RIESGOS DE DESNUTRICIÓN INGRESADOS EN EL HVV DE MÁLAGA POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

ROSALÍA RIOJA VÁZQUEZ; Mª VICTORIA REQUENA TORO; LOURDES PADILLA ROMERO; JOSEM. GARCÍA ALMEIDA; JUAN L. VILLALOBOS GAMEZ Y OLGA BERNAL LOSADA.
Hospital Virgen de la Victoria

Palabras Clave: detección enfermos con riesgo de desnutrición

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital Virgen de la Victoria. Endocrino y Nutrición Enfermeras, médico, farmacéutico, técnico en informática
Descripción del problema/necesidades.
Enfermos con riesgo de desnutricón Planificar cuidados Mediante filtro analítico Mediante aplicación informática
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio cuantitativo Personal sanitario y de informática A través de aplicación informática De Enero a Junio de 2008
Resultados obtenidos.
En el periodo de estudio, sobre una población de 3230 pacientes, se han detectado 1001 pacientes con riesgo de desnutrición (Prevalencia: 30,99%): 622 han tenido un riesgo de desnutrición alto (Edad media: 63 años), 91 han tenido riesgo medio (Edad media: 65 años) y 288 riesgo bajo (Edad media: 65 años). Los servicios con mayor prevalencia de casos han sido: Medicina Interna (33,87%), Cirugía general (16,78%), Unidad de Digestivo (16,08%) y Oncología (6,03%).
Lecciones aprendidas.
·La efectividad de la aplicación informática ha sido muy alta, ya que ha sido posible detectar precozmente y realizar las intervenciones enfermeras necesarias para realizar los cuidados nutricionales que los pacientes necesitan, tanto en el hospital como en atención primaria. ·Entre los factores que lo han posibilitado se destaca la preparación del personal de enfermería.
·Consecuencias positivas de la implantación del proceso: esta información es trasladada a la enfermera de familia, mediante informe de continuidad de cuidados, evitando posibles reingresos y patologías asociadas a la desnutrición, así como su posible

C-271

USO HISTORIA CLÍNICA DIRAYA EN CONSULTAS EXTERNAS

DIAZ MENGIBAR, MF; GARCÍA GONZÁLEZ, L; RAMOS DIAZ, M; RODRÍGUEZ ORTIZ, MA; RIVAS AGUAYO, MD Y RODRÍGUEZ BELLO, J.
HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ

Palabras Clave: Historia Clínica, Diraya, Consultas Externas

RESUMEN

Contexto de partida.
Después de un año de implantación de la historia clínica digital diraya, nos vimos con la necesidad de evaluar: el nivel de utilización, el grado de satisfacción de los profesionales y cambio en la práctica profesional

Descripción del problema/necesidades.
El trabajo se realizó en el área de consultas externas del Hospital de problema/ Jerez, y participaron los F.E.A pertenecientes a esta área necesidades

Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante el ultimo trimestre de 2008 a los 138 F.E.A pertenecientes a soluciones aportadas los 21 servicios que integran el área de consultas, se les paso un encuesta anónima con siete preguntas cerradas dirigida a evaluar el nivel de utilización y dos preguntas abiertas destinadas a evaluar la satisfacción y el impacto

Resultados obtenidos.
El 60% de los profesionales contestó a la encuesta (82 F.E.A de 13 servicios) Con respecto al uso de la historia el 75,2% la usaban para pacientes de Atención primaria y un 56% para pacientes de revisión, emitiéndose en un 80,5% informe clínico al paciente El 40% de los encuestados autegestiona las revisiones desde la consulta. El 43,9% no utilizó la codificación diagnóstica y el 76,6% no emitieron recetas.
El elemento más destacado fue en un 43,5% la accesibilidad a los datos clínicos del paciente, siendo el menos destacado la ralentización de la consulta en un 41%.Por ultimo el 72% de los profesionales introduciría cambios en el formato

Lecciones aprendidas.
La historia clínica digital en Diraya se utiliza fundamentalmente en pacientes procedentes de Atención primaría, probablemente debido a su menor complejidad y a la capacidad de acceder a información clínica procedente de primaria.
El elemento que aporta más valor es el de la accesibilidad a los datos clínicos del paciente.
Los tiempos de atención del paciente aumentan, aspecto que va muy ligado a la curva de aprendizaje de la herramienta.
Había que tener un sistema de mejora continua para adaptar la herramienta a mejoras de uso según especialidad.

C-272

GESTIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN FERROL 1997-2009. DE COMPLEJO HOSPITALARIO A ÁREA SANITARIA.

LUIS ARANTÓN AREOSA; JOSÉ MARÍA RUMBO PRIETO; ANGEL FACIO VILLANUEVA; JULIANA MARTÍNEZ ESPIÑEIRA; ALICIA FERNANDEZ LÓPEZ Y BELÉN MILLOR ESTEBAN.
Area Sanitaria de Ferrol

Palabras Clave: Calidad, excelencia, ISO , auditoría, mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde la Unidad de Calidad del Área Sanitaria de Ferrol se gestiona la implantación y mantenimiento del sistema de Gestión de la calidad, dando soporte y asesoramiento a la Dirección y a los servicios implicados (certificados o no). Inicialmente el principal esfuerzo es de la dirección, con jefes de servicio, mandos intermedios y personal de los servicios a certificar, pero integrando paulatinamente al resto de personas de la organización.

Descripción del problema/necesidades.
La necesidad de optimizar los recursos y de dar una asistencia integral de calidad en términos de eficacia y eficiencia, motivan la necesidad de desarrollar entornos de trabajo basados en la mejora continua, promoviendo la cultura de calidad en la organización (personal y pacientes más seguros y mejor atendidos). Inicialmente se realizó análisis EFQM de la organización y Creación del Comité de Calidad (1997), Formación del equipo directivo y resto de personal (cultura de calidad); además se realizaron encuestas de satisfacción y análisis de situación para establecer líneas estratégicas, que nos han llevado a la optimización de los procesos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
La formación de todos los implicados (1998), precedió a la elaboración e implementación de la documentación (1999), certificación de Lavandería (2000), Farmacia (2000), Análisis Clínicos (2001) y Aprovisionamientos (2007). Se trata de implicar a todo el personal mediante formación específica y establecimiento de un sistema de auditorias internas con participación cruzada.

Resultados obtenidos.
Destacar la optimización de recursos y la garantía de eficacia y eficiencia. Se establecen 2 niveles de revisión del sistema entre unidad de calidad, servicios y la alta dirección. El sistema de objetivos e indicadores específicos permiten monitorizar la evolución de resultados y el análisis de opinión y satisfacción de clientes (también encuestas), con la consiguiente toma de decisiones. Los cambios políticos y los avances científico sanitarios, en ocasiones pueden hacer zozobrar el sistema, aunque una cultura bien consolidada garantiza resultados fiables incluso en situacionesadveras. Con la creación del Área Sanitaria hemos integrado a 3 hospitales y a 35 centros de salud en el sistema, mostrándose efectivo.

Lecciones aprendidas.
Seguimos incorporando personas e integrándolas en la gestión de la calidad, (deriva en mayor retroalimentación y más consolidación de la cultura de calidad de la organización). Quizás necesitamos más esfuerzos en la comunicación y difusión de la política y de los resultados a todos los ámbitos de la organiza-

C-273

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA TRAZADOR PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

BEGOÑA DE ANDRÉS GIMENO Y DOLORS MONTSERRAT CAPELLA.
HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Palabras Clave: Evaluación, estándares

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realiza en el Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda de Madrid después de 8 meses desde su traslado de sede. El estudio evalua en qué medida la organización cumple con estándares internacionales de JCI utilizando la metodología “de trazador”. Los estándares comprenden 6 Metas internacionales para la seguridad del paciente y 13 funciones (7 centradas en el paciente y 6 en la organización). La evaluación se realiza por un médico y enfermera de la Unidad de Calidad e intervienen en el mismo profesionales de diferentes unidades y servicios.

Descripción del problema/necesidades.

Una vez transcurrido el tiempo necesario para la puesta en marcha y estabilización de los servicios del hospital se propone la realización de una evaluación para realizar un “diagnóstico de situación” con la finalidad de detectar áreas de mejora para la planificación de la calidad en el hospital

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto sigue la metodologia trazador propuesta por JCI. Se realizaron dos trazadores individuales de pacientes y dos trazadores de sistemas (manejo de medicametos y utilización de datos). Se seleccionaron dos pacientes y se siguió el proceso de atención dentro de la organización, incluyendo la visita a áreas de atención de pacientes (hospitalización, urgencias, quirófano farmacia), entrevista con pacientes y profesionales, la revisión del entorno y la la historia clínica de los pacientes. La evaluación de cada estándar incluye la puntuación de los elementos medible que lo componen (0- no cumple-, 5-cumple parcialmente-, 10- cumple siempre-) incluyendo para la misma tecnicas de observación directa, información verbal y revisión de documentos. Se informó a los profesionales del proceso y se pidió consentimiento a los pacientes para la realización de la entrevista.

Resultados obtenidos.

Algunas de la áreas de mejora detectadas y clasificadas segun funciones de JCI son:(ACC)coordinación entre profesionales,(PFR) procedimientos escritos para la información de derechos del paciente, AOP) procedimientos para la evaluación de pacientes (nutrición, dolor, aspectos sociales, funcionales, reevaluació de pacientes, etc), (COP) cumplimiento adecuado de la historia clínica electrónica, seguridad (metas internacionales: medicamentos de alto riesgo, checklist en área quirúrgica, caidas).

Lecciones aprendidas.

La metodología permite el conocimiento del funcionamiento de la organización y la detección de áreas de mejora.Para una evaluacion más completa se precisa una muestra mayor de pacientes (total 4 o 5). Se requiere un conocimiento exahustivo de los estándares y formas de evaluar los hallazgos.

C-274

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE VALORACIÓN MULTIDISCIPLINAR SOCIOSANITARIA

GARBRIEL DE FEBRER; PILAR GARCÍA; IGNASI FERRER; ROSALIA SOLÉ; ELENA GARZÓN Y CARMEPÉREZ.
GDEFEBRER@GRUPSAGESSA.COM

Palabras Clave: Comision, Valoraciones, Cimss

RESUMEN

Contexto de partida.

El ingreso en un centro sociosanitario requiere una evaluación que incluye una valoración médica, social y de dependencia. Ésta se desarrolla en el seno de una comisión multidisciplinar en la que interaccionan diferentes profesionales, médico, enfermera y trabajadora social de los centros sociosanitarios del sector de la Comarca del Baix Camp. Su función es la de valorar las solicitudes de acceso a recursos sociosanitarios emitiendo un dictamen de criterio positivo o negativo según el caso . La comisión gestiona y coordina la lista de espera.

Descripción del problema/necesidades.

La Comisión Interdisciplinar Multicentrica Sociosanitaria (CIMSS) problema/ depende funcionalmente de la Regió Sanitària de Tarragona y lo necesidades componen 3 centros sociosanitarios del sector del Baix Camp: Ciutat de Reus- STS GRUP, Residencia Monterols-GRUP PERE MATA y Área Sociosanitaria Hospital Sant Joan de Reus- GRUP SAGESSA, que corresponde a 3 empresas de gestión sanitarias diferentes. A partir del año 1996 el sector sociosanitario del Baix Camp presenta una reconversión en cuanto aumento de plazas, estabilizándose en el año 1998 el nº de plazas siendo constante hasta la actualidad. Des de 1996 se ha duplicado el nº de solicitudes y cuadruplicado el numero de ingresos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estableciendo alianzas entre los 3 centros sociosanitarios. Resolviendo discrepancias entre los diferentes centros sociosanitarios para llegar a acuerdos en la resolución de los diferentes recursos. Gestión de la lista de espera. Coordinación entres los diferentes niveles asistenciales, Regió Sanitaria y otras CIMSS. Creación de un documento que refleje el funcionamiento de la CIMSS.

Resultados obtenidos.

Protocolo de funcionamiento de la Comisión de Valoración multidisciplinar sociosanitaria aprobada por la Regió Sanitaria de Tarragona. Revisión de la actividad sociosanitaria hasta el 2008: año 1998: nº plazas 175, nº solicitudes 689, nº ingresos 425 año 2008: nº plazas 175, nº solicitudes 1103, nº ingresos 983 Solicitudes por edad y sexo: Entre 75-85 años -44’2% , >85 años – 21’5%, hombres – 42’05%, mujeres– 57’9%. Procedencia: Hospital de agudos: 61%, Primaria: 25’8%

Lecciones aprendidas.

La importancia de buscar alianzas entre los diferentes CSS para el buen funcionamiento de la CIMSS y atención al paciente. El incremento de solicitudes es superior en al incremento del nº de plazas durante estos años. La eficacia y efectividad conseguida por la comisión es atribuida a: agilidad de la comisión y la buena coordinación entre los niveles asistenciales de las diferentes empresas de gestión.

C-280

MEJORA DE LA GESTIÓN DE FACTURACIÓN A TERCEROS DESDE UNA PERSPECTIVA DE CALIDAD

MÁS CEBRIÁN,E; LÓPEZ ABAD, J; MORENO CONTONENTE, S; REPRESA CONDE, MO; MALILLOS PÉREZ, D Y CALLE MARTÍN, O.
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 7

Palabras Clave: Mejora, Procesos, Trabajo Equipo, Gestion Económica

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realizó inicialmente, por los propios trabajadores, del Departamento de Gestión Económica en un Área de Atención Primaria, participando tras la reevaluación la Comisión de Responsables de UNADs de los Centros del Área
Descripción del problema/necesidades.
Tras una tormenta de ideas para identificar los problemas de la Unidad, dentro de un proyecto de mejora integral en la Gerencia, se priorizó, con una matriz basada en criterios, pocos ingresos por Facturación a Terceros (FT) como recurso del Sistema
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creo un grupo de mejora en la Unidad integrado por el Jefe de Sección, Jefe de Grupo y resto de Auxiliares del Departamento, coordinados por la Responsable de Calidad. Definido el problema, se analizaron las causas raíces, mediante diagrama de Ishikawa y se establecieron acciones de mejora, plasmándolas en un Diagrama de Gantt, en el que constaba el responsable y cronograma. Las causas identificadas fueron falta de criterios para la FT y desconocimiento de los supuestos y de la forma de proceder de los profesionales sanitarios y no sanitarios. Las fases del proyecto fueron: 1. Diseño del procedimiento de FT, recopilando la legislación vigente 2. Elaboración de un Manual de apoyo al procedimiento 3. Diseño de plantillas (formularios) e inclusión de éstas en la aplicación informática de historia clínica (OMI-AP) 4. Implantación, que incluyó presentación al Consejo de Gestión del Área y a la Comisión de Responsables de la UNAD de todos los Centros y sesiones en los centros para conocer cuál era el procedimiento de actuación 5. Reevaluación: análisis de resultados e identificación con la Comisión de Responsables de la UNADs de nuevas mejoras, elaborándose de nuevo un Diagrama de Gannt para su puesta en marcha y una actualización del documento
Resultados obtenidos.
Se ha incrementado la emisión de facturas en un 300% y la recaudación efectiva en un 355%, del año 2007 al 2008. Se realizó la integración informática de todo el proceso, eliminando que los profesionales sanitarios y no sanitarios tuvieran que hacer el registro manual de los formularios (plantillas de OMI) lo que supuso una facilidad del proceso y por tanto una mayor participación de ambos. Se sistematizaron todos los supuestos de la facturación a terceros, incluyendo su cumplimentación e información al usuario en el Manual de FT para el Área
Lecciones aprendidas.
El rediseño del procedimiento de FT en nuestra Área, por los auténticos conocedores del proceso, ha supuesto una mejora en la recaudación, y una mayor coordinación entre los profesionales implicados

C-281

PROPUESTA DE MODELO DE ACUERDO PARA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MUÑOZ TRIANO, E.; MONTERO PÉREZ, J.; JIMÉNEZ MURILLO, L.; CALDERÓN DE LA BARCA GAZQUEZ, JM.; BERLANGO JIMÉNEZ, A. Y BAENA DELGADO, E..
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Excellence, Care, Emergency-Medicine, Research, Management

RESUMEN

Contexto de partida.
Ámbito urbano, hospital universitario de 3º nivel, 3 áreas sanitarias (3 hospitales comarcales/1 centro alta resolución especialidades). Se realiza en Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Carácter multidisciplinar (ocho categorías profesionales: médicos familia/enfermeros/auxiliares enfermería/auxiliares administrativos/administrativo/celadores/médicos admisión/ténicos medios). 16.82% plantilla. 73% mujeres (5.3% tituladas superiores)/321 puestos laborales.
Descripción del problema/necesidades.
Cumplir con Contrato Programa de la Consejería de Salud/SAS, ofrecer respuestas a las expectativas de los ciudadanos en criterios de salud/calidad/seguridad en las urgencias/emergencias. Se homogeneizó la toma de decisiones con carácter multidisciplinar y aseguró la cadena asistencial. 3 grupos de trabajo analizaron en 2008 encuestas específicas entre los profesionales implicados (necesidad de formación, procesos prioritarios por incidencia/gravedad...), gasto farmacéutico, reclamaciones de usuarios por motivos seleccionados y relaciones con especialidades e interniveles, canalizando objetivos comunes (60%)/ específicos (40%). Las fuentes para cuantificar: Hyd-Coanh, Gerhonte, MTI-URGENCIAS v4.1.01 (informe 2.1.1, 2.3.2, 2.4.2, 2.5.8)/ MTI CITAS-DIRAYA, Servicio de Farmacia, de Calidad, de Atención al Ciudadano, INIHOS, DIRAYA, base datos ARIAM.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Mediante un Acuerdo de Gestión con la Dirección-Gerencia hospitalaria 2009, en el contexto de una Unidad de Gestión Clínica de Urgencias(1º año de experiencia), de las ocho categorias profesionales mediante responsable de categoría/proceso asistencial, manejo de información orientada a resultados (indicador, método de evaluación, peso, límites superior/inferior), se estableció una evaluación continua mensual y cuatrienal. Se difundió en 4 reuniones para incluir a todos los turnos laborales, se entregó documento con rúbrica de recogida y % de vinculación individualizada. Fase de detección de problemas/áreas de mejora 2008/ejecución 2009.
Resultados obtenidos.
Indicadores del efecto: presupuesto-gasto, absentismo, repuesta triage, tiempo-estancia, espera 1ª consulta, % PA, %NTNR, GTS (194 procesos), 2 grupos focales familia-paciente, personalización cuidados, % ingresos, uso GPC, PAIs (scacest, epoc, acv, politrauma grave), pacientes frágiles, pulsera identificativa, cuidado material/movilización, tasa mortalidad, continuidad DCCU-AP, transferencia, pacto 10 especialidades. Evaluación parcial junio 2009. La implicación MIR resultó un problema.
Lecciones aprendidas.
Oportunidad de objetivos futuros por feed-back y establecer un círculo de calidad total.

C-282

FORMACIÓN DE FORMADORES EN GESTIÓN POR PROCESOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

RODRÍGUEZ DE LUCAS, A; ALMAZAN DEL POZO, M; SOLANO VILLARRUBIA, C; CALDAS BLANCO, R; SERRADILLA CORCHERO, P Y HERNÁNDEZ DE LAS HERAS, T.
GERENCIA AT. PRIMARIA AREA 1 DE MADRID

Palabras Clave: Formacion, Formadores, Gestion, Procesos

RESUMEN

Contexto de partida.

Dentro de la línea estratégica de Gestión por Procesos en el Área 1 del SERMAS, se ha hecho necesario realizar una actividad de formación de formadores para la difusión y tutorización del proyecto. Se ha enfocado hacia los responsables de calidad de todos los EAPs del Área y nuevos integrantes del Equipo de Apoyo

Descripción del problema/necesidades.

Ante la detección de necesidades formativas expresadas en las reuniones con la Unidad de Calidad del Área por los responsables de calidad y con el objetivo de impregnar a la organización en la difusión de la gestión por procesos, se priorizó la formación de estos profesionales a fin de cubrir dos tipos de necesidades en el proyecto:

1: Profesionales en cuanto a recibir formación avanzada en calidad y en Gestión por procesos para poder asumir su papel de tutores “internos” en los centros,

2: Institucionales. En el desarrollo del modelo de gestión por procesosdel Área 1 se ha definido el papel del responsable de calidad del centro como tutor interno para apoyar a los propietarios de proceso de su centro

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se desarrolló mediante la realización de talleres de formación dirigido a profesionales sanitarios que fueran responsables de calidad en sus centros y constó de un curso básico y otro avanzado en gestión por procesos. El objetivo del curso básico era que los alumnos adquirieran conocimientos sobre los diferentes elementos de este tipo de gestión, mientras que los contenidos del curso avanzado se basaban en que los discentes adquirieran habilidades para tutorizar a los propietarios de los procesos en los diferentes EAPs del Área aplicando diferentes herramientas (Grupo nominal, DAFO, definición de proveedores de un proceso, definición de indicadores, tabla de consistencia indicadores/misión, matriz de priorización, diagramas de flujo y Gannt, etc) Los cursos fueron impartidos por los integrantes del Equipo de Apoyo de la Gestión por procesos del Área

Resultados obtenidos.

Los efectos del proyecto se han objetivado a través de un test de evaluación de conocimientos antes y después del curso así como de una encuesta de satisfacción de cuyos resultados estamos a la espera

Lecciones aprendidas.

Se objetiva como necesario pasar una encuesta al final del curso para detectar debilidades y fortalezas del proyecto. Un mensaje final de interés es la necesidad de una mayor implicación del equipo de apoyo en contenidos y formato del proyecto

C-283

ELABORACIÓN DE PROCESO “COMPRESIÓN MEDULAR NEOPLÁSICA”. HOSPITAL UNIVERISTARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

RICO PÉREZ, JM; DEL RIO, Y; FERNÁNDEZ DE ROTA, J; AGUILAR, R; HIERRO I. Y SEVILLA I. .
Hospital Virgen de la Victoria

Palabras Clave: Compresión Medular, Cáncer, Gestión Por Procesos

RESUMEN

Contexto de partida.

Desarrollo de proceso asistencial para el manejo diagnóstico-terapéutico de la compresión medular neoplásica en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Participan los Servicios de Anatomía Patológica, Cirugía Ortopédica, Medicina Interna, Neurología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Radiodiagnóstico, Urgencias, Subdirección de Enfermería y Subdirección de Mejora Contínua

Descripción del problema/necesidades.

El 5% de los pacientes oncológicos sufrirán una compresión medular a lo largo de su vida. En el 25% de los casos es la primera manifestación del cáncer. Puede desembocar en para o tetraplejia irreversible con un gran coste en calidad de vida y consumo de recursos sanitarios y sociales. La ventANA terapeútica es muy estrecha (48-72 horas) y en ella ha de procederse al diagnóstico clínico-radiológico y tratamiento quirúrgico y/o radiante e incluso el diagnóstico anatomo-clínico de cáncer. El éxito depende de la actuación coordinada en un corto de periodo de múltiples Servicios. A pesar de que en el Hospital se dispone de todos los recursos necesarios, se detectaron casos en los que no se habían facilitado los recursos necesarios en tiempo adecuado. Por ello se consideró, que sin demérito de otros, los factores organizativos jugaban un papel clave en el pobre desempeño detectado

Desarrollo y soluciones aportadas.

En diciembre de 2009 se detectó y comunicó la situación. La dirección del Hospital, a través de la Subdirección de Mejora Contínua y Sostenibilidad impulsó la creación de una comisión integrada por un representante de cada uno de los servicios implicados para el diseño del proceso asistencial centrado en el paciente y considerando su calidad de vida como el objetivo fundamental. A través de reuniones sucesivas se procedió a:

•Identificación de barreras.
•Definición de límites de entrada, salida y marginal.
•Definición de subprocesos
•Discusión de la evidencia bibliográfica
•Definición de estándares.

Resultados obtenidos.

Se han definido flujogramas correspondientes a los tres subprocesos así como los criterios y estándares de calidad. Se han identificado las barreras que impiden la aplicación durante los días no laborables y aplicados medidas correctoras

Lecciones aprendidas.

Un proceso asistencial centrado en el paciente mejora la calidad de la asistencia, garantiza la continuidad asistencial y aporta un valor añadido a la actividad sanitaria. Máxim cuando el éxito depende de la acción coordinada y precoz de múltiples servicios. Mejora la comunicación interdepartamental y la satisfacción del profesional disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.

C-284

IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES INTERNIVELES: GESTIONAR EL CAMBIO

PAZ CEREZO, M.; DEL RIO URENDA, S.; TORRES PÉREZ, L.; TEROL FERNÁNDEZ, J. ; VÁZQUEZ LUQUE, A. Y CORRALES MÁRQUEZ, R. .
Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce (Málaga)

Palabras Clave: Gestión Procesos. Coordinación Interniveles. Gestión cambio.

RESUMEN

Contexto de partida.
Proyecto desarrollado en cooperación entre Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce. Participan más de 60 profesionales, en 10 grupos de trabajo.
Descripción del problema/necesidades.
Dar respuesta a la necesidad de coordinación en atención a pacientes problema/ especialmente vulnerables a la continuidad. necesidades Durante los últimos años se había trabajado en la implantación de Procesos Asistenciales Integrados (PAI), desarrollándose numerosas Arquitecturas nivel 4. El nivel de implantación efectivo era dispar, y la evaluación interniveles suponía un problema por falta de canales ágiles de comunicación y de sistemas de información normalizados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Fase 1: Planificación en Comisión de Dirección Interniveles. Fase 2: Definición de perfiles profesionales para Grupos de Trabajo de Alto Rendimiento. Sesión formativa en metodología actualizada de Gestión por Procesos. Fase 3: Desarrollo de sesiones de trabajo de 10 PAI en paralelo, con cronograma de actuaciones, objetivos y resultados por sesión predefinidos (metodología de alta resolución).
• Grupos de trabajo con profesionales de cada equipo de desarrollo del PAI. • Profesionales de los tres Distritos Sanitarios referentes del Hospital. • Equipo de apoyo metodológico.
• Revisión de documentación, normalización y difusión de los acuerdos.
Resultados obtenidos
• Actualización de Agendas de Procesos Asistenciales. • Mejora en disponibilidad y accesibilidad de las Agendas de Atención Especializada (AE) desde Atención Primaria (AP). • Definición de Procedimiento Normalizado de derivación entre AP y AE.
• Ratificación de Criterios de Calidad de Derivación entre niveles. • Detección de sistema de información no normalizado, con dificultad para evaluar el seguimiento del paciente.
• Elaboración de indicadores para rediseño del circuito de información y desarrollo de Modelo común de Evaluación de Procesos. • Evaluación de adecuación y calidad de derivación de AP a AE y viceversa.
Lecciones aprendidas.
• El modelo de alta resolución para implantación de PAI disminuye tiempos para su adaptación local y elimina aspectos que no añaden valor. La participación de profesionales facilita la gestión del cambio.
• Los entornos de trabajo colaborativos, buscando puntos de encuentro, solucionan los problemas de coordinación de forma personalizada y ágil, disminuyendo las resistencias al cambio.
• La selección de profesionales por perfiles y su formación facilita la implicación en el proyecto y su implementación efectiva.
• Nuevos cauces de comunicación interniveles para continuidad en mejoras iniciadas.

C-285

ADECUACION DEL NUEVO ORGANIGRAMA DE ENFERMERIA A LOS PROCESOS ASISTENCIALES.

MARIGROS PRIETO GUERRERO; ALEJANDRO GARCÍA NIETO; CARLOS RIVERA FERNÁNDEZ Y EDUARDO LÓPEZ RAMÍREZ.
HU VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Gestion Por Procesos Asistenciales

RESUMEN

Contexto de partida.
El nuevo modelo organizativo se implanta en el H U Virgen Macarena y su área. Afecta a toda el área de enfermería. Todos los profesionales de enfermería están implicados, desde la dirección, jefaturas de bloques, supervisores, coordinadores y profesionales de todas las áreas.
Descripción del problema/necesidades.
Se plantea dificultad a la hora de establecer lineas estrategicas de gestion cuando la trazabilidad del paciente desde que entra al sistema asistencial hospitalario hasta que sale es asumida por diferentes responsables. De modo que es muy dificultoso establecer lineas efectivas de cuidados. Con el nuevo proyecto organizativo se pretende tener una vision integral de la necesidad de cuidados del paciente desde que entra al hospital hasta que es dado de alta. Garantizando la efectividad en los cuidados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se inplanta de forma inmediata, existe una fase de adaptacion a las nuevos cambios organizativos de dos semanas dando posibilidad al intercambio de informacion entre los diferentes responsables. El nuevo cambio en el modelo de gestion permite el desarrollo de nuevas lineas de organizacion de los cuidados basado en el enfoque integral del paciente.
Resultados obtenidos.
Una vez superadas las primeras incertidumbres que supone un cambio integral tan importante dentro de la gestion de los cuidados, se objetiviza una mejor planificacion del trabajo enfocado a la atencion integral del paciente. Ya que permite planificar los mismos de manera que se cumple el precepto de continuidad en los cuidados.
Lecciones aprendidas.
Cada vez esta mas asumido que la gestion de los cuidados debe plantearse desde un enfoque integral hacia el paciente, no tiene sentido hablar de integridad en los cuidados cuando los sistemas organizativos que marcan las lineas estrategicas a seguir en la planificacion de cuidados no se rigen por este precepto.

C-286

ARIADNA, UN PAPEL EN LA HISTORIA Y UNA HISTORIA SIN PAPEL. LA INFORMÁTICA AL SERVICIO DEL PROFESIONAL Y EL PACIENTE.

POZUELO GALAN, FJ; CARDENAS RODRÍGUEZ, JA; CALATRAVA GARCÍA, L; ROSALES RUIZ, A; RUBIO ÁLVAREZ, S Y GARCÍA CUBILLO, MA.
EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Historia, Salud, Digital, Satisfaccion, Implantacion, Profesionales

RESUMEN

Contexto de partida.
Proyecto realizado en el Hospital de Alta Resolución de Guadix. Participan un equipo de desarrollo (Unidad de Informática) y profesionales asistenciales y administrativos.
Descripción del problema/necesidades.
En 2007 se parte de una Historia de Salud en soporte papel sin registro informático de datos clínicos.Consecuencias: información clínica dispersa en varios soportes, nula integración de información, información no centrada en el proceso asistencial. Dificulta los trámites administrativos al paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Ariadna es una Historia de Salud Digital de desarrollo propio, con varios módulos: Clínico-administrativo, Consultas Externas, Proceso
Embarazo-Parto, Bloque Quirúrgico, Urgencias y Hospitalización.
Implantación: 12 meses.
Objetivos generales:Unificar todas las aplicaciones informáticas,Facilitar registro de las actuaciones asistenciales, Agilizartrámites administrativos,Unificar en un único soporte la información clínica y administrativa, Cumplir con LOPD.
Objetivo específicos: Conocer la satisfacción de los usuarios. Incorporar propuestas de mejora. Planificacion para otros hospitales. Tras meses de funcionamiento se plantea conocer la satisfacción de los profesionales que utilizan Ariadna, mediante un cuestionario basado en Software Usability Measurement Inventory (SUMI) adaptado, cuyo objetivo es valorar la calidad de uso de un sistema informático. El cuestionario está referenciado en estándares de calidad ISO.
Realización vía telemática en la misma aplicación:28 items, respuesta escala Likert, y dos preguntas abiertas.Trabajo de campo: 15 de mayo12 junio 2009.
Resultados obtenidos.
Población diana: profesionales utilizan Ariadna(144).
Respuesta: 57 %. Tiempo medio de utilización de la aplicación 5,5 m(1-12). Aspectos mejor valorados(>=85%): Información clínica, tiempo de aprendizaje, utilidad, mejora trabajo asistencial, uso no frustrante, soporte informático, organización lógica información, presentación amigable, visualización y ganancia de tiempo.
Aspectos peor valorados(<85 %): documentación aportada, adaptación necesidades de usuarios, seguridad protección de datos, compatibilidad con otras aplicaciones.El 84 % prefiere Ariadna a otras aplicaciones que conoce y el 92 % recomendaría la aplicación.
Lecciones aprendidas.
Implantación progresiva.
Formación personalizada.
Susceptible de incorporar sugerencias de los profesionales.
Proyecto de implantación de la HSD, debe contemplar adaptabilidad,voluntariedad, utilidad y cumplimiento de expectativas de los profesionales.
El trabajo multidisciplinar ha sido fundamental en el éxito de implantación de Ariadna

C-287

CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS ALTA DE UCI ¿ES UNA ALTERNATIVA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS?

Martinez López, Pilar; De la Torre Prados, María Victoria; Reina Artacho, Carmen y Ruiz del Fresno , Luis.
Hospital Virgen de la Victoria

Palabras Clave: Cuidados Intermedios, larga estancia, continuidad asistencia

RESUMEN

Contexto de partida.
Objetivo: Ante la falta de recursos asistenciales en nuestro hospital en relación a pacientes recuperables de larga estancia en UCI, y dados de alta a planta de hospitalización, se plantea elaborar un programa de seguimiento para detectar los factores asociados a un mal pronóstico y disminuir los eventos adversos en la planta.
Descripción del problema/necesidades.
Se diseña en marzo de 2008 una hoja de recogida de datos que incluye variables demográficas, motivo de ingreso en la Unidad, índice de comorbilidad (escala Charlson), justificación de seguimiento (polineuropatía, traqueostomia con o sin cánula, control de analgesia), la especialidad implicada, el grado de apoyo familiar en planta, la diferencia del nivel de cuidados de enfermería al alta de UCI/planta (TISS-28), especificación del tipo, tiempo y duración de intervención a nivel de enfermería, familiar y propio paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio prospectivo, cualitativo y de intervención con un programa de seguimiento. Se diseña en marzo de 2008 una hoja de recogida de datos que incluye variables demográficas. grado de satisfacción en el equipo asistencial de la planta, en el paciente y familia, reingresos en UCI y causa de alta en el seguimiento, así como la supervivencia los 60 días, Grado de satisfacción en el equipo asistencial de la planta, en el paciente y familia, reingresos en UCI y causa de alta en el seguimiento, así como la supervivencia los 60 días.
Resultados obtenidos.
De 250 pacientes dados de alta de la UCI, se realizó seguimiento a 22 pacientes. La comorbilidad medida por el indice Charlson fue en 54% de los pacientes incluídos, de categoría 4 (muy alta). APACHE II medio 17,6 con una mortalidad predicha de 27%. El 63,5% de los pacientes tenían 4 o más factores de mal pronóstico (edad>74 años, dias de estancia >11 días, transfusiones, apoyo inotrópico, ventilación mecánica, traqueostomía, insuficiencia renal, nutrición parenteral). La diferencia del nivel de cuidados de enfermería antes de alta de UCI vs planta fue de 27,4 vs 10,2 (disminuyó 62,8%). El resultado fue un exitus (4,5%) y el resto se fueron de alta a domicilio. El número medio de visitas fue de 2,6 con un rango de 1 a 5.
Lecciones aprendidas.
El perfil de pacientes analizados muestra una diferencia importante en el nivel de cuidados de enfermería junto con factores de mal pronostico, lo que justifica la permanencia de este programa de seguimiento dado los resultados clinicos y sin excesiva carga asistencial al médico de UCI.

C-288

APLICACIÓN DEL BENCHMARKING COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL EPOC

FARIÑAS-ÁLVAREZ C; RODRÍGUEZ-GARCÍA J; MARTÍNEZ-ORTEGA MC; ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA ; GONZÁLEZ-PÉREZ, ME Y SÁNCHEZ-NIETO JM.
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Benchmarking, EPOC, Evaluación de Proceso

RESUMEN

Contexto de partida.
En el año 2006 se creó una Red de Benchmarking entre hospitales similares del SNS, llamada Red7 e integrada por siete hospitales de otras tantas CC.AA
Descripción del problema/necesidades.
Se pretendía utilizar el benchmarking como herramienta para comparar funciones o procesos, compartiendo información e identificando y aprendiendo de las mejores prácticas. Por ello una de las líneas de trabajo iniciadas fue la realización de actividades de benchmarking en los procesos, priorizándose por su frecuencia e impacto el de la atención al paciente con EPOC.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La metodología de trabajo fue la siguiente: definir límites, valorar homotecia, seleccionar indicadores, elaborar y cumplimentar el cuestionario de benchmarking, intercambiar y analizar la información, identificar los “Drivers”, adaptar las mejores prácticas y evaluar los resultados asistenciales alcanzados. El trabajo se desarrolló en cada hospital y en 6 reuniones de consenso. La evaluación se realizó mediante un estudio cuasi-experimental pre-post. Los indicadores seleccionados fueron estancia media (EM) en días y peso medio (PM). Los resultados se muestran mediante la Diferencia de Medias entre 2 períodos (2004-2007 vs 2008).
Resultados obtenidos.
Dos hospitales de la red presentaban los mejores resultados y fueron identificados como “benchmark” (EM en 2007: 7,22 y 7,27, peso: 2,33 y 2,24 respectivamente). Algunos de los Drivers reconocidos fueron: Gestión del EPOC con ventilación mecánica no invasiva (VNI), identificación y seguimiento de EPOC frágiles ante del ingreso y vía clínica. En 3 (42,9%) se seleccionaron, adaptaron e implantaron los drivers (vía clínica en uno y gestión del EPOC con VNI en dos). La diferencia de EM para el global del EPOC disminuyó en el proceso (0,39), mientras que el PM se mantuvo estable. En uno de los hospitales se realizó un estudio piloto específico en los pacientes con VNI, objetivándose también una disminución de la EM ajustada por GRD en dos de los GRDs más frecuentes y disminución de la tasa de reingresos y de recaídas.
Lecciones aprendidas.
Se observa mejoría en los hospitales que han iniciado acciones de mejora, aunque dado que algunas de ellas van en relación al EPOC con VNI, se propone ampliar la evaluación específicamente a pacientes con VNI para evaluar el impacto real de la mejora. La técnica del Benchmarking cualitativo se ha mostrado eficaz para la mejora del proceso de atención al paciente con EPOC en los hospitales. Es fundamental la adaptación cuidadosa de los drivers identificados y la medición rigurosa de la mejora conseguida.

C-289

IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN UN ÁREA DE MADRID

RAMON CALDAS BLANCO; DELIA ÁLVAREZ EDO; FRANCISCO FERNÁNDEZ-AVILES DIAZ; DOLORES GARRUDO BENITO; Mª LUISA GÓMEZ RÁBAGO Y BELEN UBACH BADÍA.
SERMAS. AREA 1 ATENCION PRIMARIA

Palabras Clave: Compartir, Paciente , Eje

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Área 1 de Madrid. Implicadas las Direcciones Asistenciales de las dos Instituciones (hospital G.U.G.M. y G. A.Primaria), Servicio de cardiología, Unidad de calidad de primaria y equipos de referencia
Descripción del problema/necesidades.
Paciente eje central sobre el que pivota el sistema. Se pretendió problema/ compartir entre los dos niveles el diagnóstico y seguimiento de los necesidades pacientes para mejorar la coordinación entre A. Primaria y
Especializada, además de sentar las bases para desarrollar unos sistemas de información agiles y estables, minimizando el número de consultas que se deben realizar por un mismo proceso y con la presunción de reducir el número de días en lista de espera.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Realizado por profesionales de cardiologia (6), jefe del servicio como soluciones aportadas lider, los de cuatro equipos de atención primaria (4), la subdirección
(1) y unidad de calidad de atención primaria (2) Primera reunión, se acordó que protocolos se implementaban Se seleccionaron por consenso 4 de10 procesos. La elección se basó en prevalencia, lista de espera y factibilidad de la puesta en marcha Disnea Insuficiencia cardiaca Dolor torácico Cardiopatia isquemica Cada proceso se trabajó en parejas Cada pareja elaboraó una primera versión del protocolo de actuación El consenso final sobre cada protocolo se realizó por parte del grupo completo Los protocolos incluyeron: vías de entrada del paciente y descripción de los actos sanitarios precisos, especificando sus plazos, el nivel asistencial responsable, las pruebas complementarias necesarias y el nivel responsable de la solicitud y realización de dichas pruebas. Organización de otros aspectos: circuito de cita, circuito de la información clínica, sistema de comunicación entre cardiología y atención primaria y solución de incidencias no previstas formato de trabajo en forma de diagrama Se realizó un cronograma para cada uno de los procesos y de la puesta en común de todos ellos. Se realizaron 8 reuniones con información añadida, correciones y sugerencias a través de e-mails Implementación en OMI Presentación de protocolos a cada equipo Comunición en Consejos de Salud
Resultados obtenidos.
Nº Pics/100 con. cardio. Nº Pics/1000 hab. Nº Pics bien realizados/total Pics Nº Pics reversión correcta/nº Pics enviados Evaluación, monitorización y la modificación exigible
Lecciones aprendidas.
Objetivos claros y consenso lo más eficaz De momento no existe la necesidad de cambiar nada, seguro que aparecerá Lo manifestado en el primer párrafo y el conseguir un grupo de trabajo competente, trabajador y con enorme ilusión es fundamental para alcanzar el objetivo

C-290

ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

GÓMEZ PESQUERA, R.; PERIS DIAZ, M.L.; RODRÍGUEZ MORALES, D.; CAÑADA DORADO, A. Y CÁRDENAS VALLADOLID, J..
GERENCIA AREA 4 AP-MADRID

Palabras Clave: Gestión, Procesos Administrativos, Centros De Salud

RESUMEN

Contexto de partida.

Jefes de Equipo de Unidades Administrativas (Unad) de los centros de salud del Área y el responsable de la coordinación de las Unad en la Gerencia.

Descripción del problema/necesidades.

problema/ Coincidiendo con el nombramiento de un responsable para coordinartodas las Unad del Área se realizó en éstas un análisis de la situación, encontrándose una gran variabilidad en la forma de realizar las actividades; igualmente el personal suplente desconocía cómo realizarlas. Se detectó la necesidad de elaborar los procesos administrativos que, recogidos en un manual, permitiera actuar de forma uniforme.

Desarrollo y soluciones aportadas.

A finales de 2007 se creó un grupo de mejora formado por 17 de los soluciones aportadas 29 jefes de equipo y por la responsable en la Gerencia que coordinó el grupo, recibiendo todos formación específica en gestión de procesos.

Las acciones realizadas para elaborar el manual fueron: elaboración del mapa de procesos de la Unad , identificación y desarrollo de 22 procesos. Con cada proceso se elaboró una ficha de gestión y se nombraron propietarios. Para su difusión e implantación se realizaron 4 reuniones con los responsables de las Unad en las que se les explicaba y entregaban los procesos según se iban elaborando y se modificaban con sus aportaciones.

En junio de 2009 hubo una reunión final con todos los responsables donde se les entregó el manual completo. Cada responsable difundió el manual en diversas sesiones en su centro. Se realizó una presentación a todos los coordinadores médicos y responsables de enfermería.

Resultados obtenidos.

Los procesos están implantados en el 100% de los centros. Cada propietario de proceso está comenzando a evaluar los indicadores y se han programado reuniones semestrales con todos los propietarios para hacer un seguimiento y conocer las acciones implantadas. Los responsables de las Unad han manifestado su satisfacción, pero además queremos conocer y cuantificar la opinión de todos los profesionales de las Unad a través de una encuesta que se difundirá en septiembre.

Lecciones aprendidas.

Documentar, sistematizar y protocolizar las actividades que se realizan en las Unad de los Centros de Salud del Área ha supuesto una disminución de la variabilidad, ha facilitado el trabajo con los suplentes y ha conseguido implicar a los profesionales administrativos.

C-291

MEJORA DEL TIEMPO DE REALIZACIÓN DE RADIOGRAFIAS EN URGENCIAS TRAS REDISEÑO DEL CIRCUITO

GÓMEZ GARCÍA C; NICOLAS GALVEZ J; LÓPEZ MARTÍNEZ I; LEGAZ HERNÁNDEZ M A; ALCARAZ MARTÍNEZ J Y SERRANO MARTINEZ J A.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: tiempos de espera, urgencias, accesibilidad

RESUMEN

Contexto de partida.

En enero de 2008 se creó un grupo de trabajo integrado por médicos de urgencias, con el fin de evaluar el tiempo de realización de radiografías en nuestro servicio y que tras las medidas de mejora volvió a realizar una reevaluación.

Descripción del problema/necesidades.

En el año 2003 se había realizado un estudio similar y contabamos con estos tiempos como referencia. Se había apreciado que podían haber aumentado, tanto por observación subjetiva como por reclamaciones de usuarios, por lo que se decidió realizar una evaluación en 2008. Al cuantificar el empeoramiento se realizó el rediseño del circuito de recepción de radiografías. Volviéndose a realizar de nuevo un muestreo para comprobar la mejora.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En febrero de 2008 se recogió una muestra de 615 casos entre los pacientes atendidos en el servicio de urgencias. Se evaluaron los tiempos de espera de realización de rx. Se han recogido datos de día de la semana y turno de la atención. Ante el empeoramiento de los datos respecto a los previos se rediseñó el circuito de recepción de radiografías de acuerdo con el servicio de radiología, volviéndose a medir de nuevo los tiempos en una muestra de 100 pacientes en marzo de 2009. Se utilizó el test de la t de student para comparación de medias.

Resultados obtenidos.

El tiempo medio de realización de radiografía en 2008 fue de 78,8 minutos con una d.T. De 40,8. En 2003 la media de realización de la rx, fue de 52,6 minutos (d. T.= 41,7). Tras el rediseño del circuito, en 2009 el tiempo estimado ha sido de 47,64 minutos (d. T.= 26,8) Hemos encontrado diferencias significativas según el día de la semana, así en la primera asistencia varía de los 11,4 minutos del jueves a 23 del sábado ($p<0,05$) y en la realización de radiografías varía de 66,4 minutos el lunes a 96,8 el sábado ($p<0,01$). También se ha evidenciado significación estadística en las diferencias por turno en la primera asistencia (19,4 minutos en la mañana y 12,16 en la noche) y en la realización de la rx (83,5 minutos en la tarde y 64,7 minutos en la noche)

Lecciones aprendidas.

Se ha reducido la media en el tiempo de realización de radiografías. Se han detectado diferencias de duración en función del día, y del turno de la asistencia. Aún se podría mejorar más si se analizan estas diferencias y se reducen.

C-292

PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN PROGRESIVA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE A DISPOSITIVOS EXTRAHOSPITALARIOS

MATTHIES BARAIBAR, M.C.; GARAY AROSTEGUI, M.A.; IBAÑEZ GOROSTIAGA, E. Y PEREDAMUÑOZ, M..
BERMEOKO OSPITALEA / HOSPITAL DE BERMEO

Palabras Clave: Salud Mental, Continuidad Cuidados, Rehabilitación, Calidad, Plan Individual

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital de Bermeo (Osakidetza) cuenta con certificación ISO9001 en ALCANCE TOTAL, para la atención integral al paciente psiquiátrico en los ámbitos hospitalario y comunitario. La atención se fundamenta en la incorporación de planes individuales (al 100% pacientes), el trabajo multidisciplinar y la coordinación de equipos hospitalario y comunitario. Previo al alta definitiva, se cuenta con un programa de incorporación progresiva para el acercamiento del paciente a dispositivos extrahospitalarios que se diseña de forma individual.

Descripción del problema/necesidades.
Como mejora se propone incorporar un protocolo que asegure que se cuenta con toda la información crítica necesaria, partiendo del hecho de que aspectos relativos a prestaciones complementarias (p.e. gestión económica,...) o habilidad para manejo en actividades de la vida diaria (p.e. uso de transporte público o autocuidados), no se recogían y/o consideraban con la mismo rigor que otros aspectos clínicos, a pesar de su importancia pudiendo influir en la adaptación del paciente e incluso poner en peligro el alta.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseñó un documento de incorporación progresiva y protocolizó condiciones para su utilización. Tomó parte un equipo multidisciplinar de profesionales intra y extrahospitalarios, desde el liderazgo de las gestores de procesos. El documento consta de cuatro apartados: a) información clínica; b) prestaciones; c) condiciones de incorporación; d) cuidados especiales. Se asignan responsabilidades para recogida de información dentro del equipo, siendo la psicóloga clínica del Hospital quien integra la información en un único documento; luego lo distribuye a las personas que participan en su elaboración.

Resultados obtenidos.
Se están obteniendo buenos resultados en cuanto a mejora en la adaptación y no ha habido ningún caso de reingreso debido a las causas sobre las que se deseaba actuar (falta de coordinación/comunicación y falta de idoneidad de la derivación); además se recoge la satisfacción de los profesionales en cuanto a la calidad y utilidad del documento final. Se presentarán como parte de la experiencia el aprendizaje generado en su utilización, desde sus fortalezas y debilidades.

Lecciones aprendidas.
La integración de procesos de salud mental, se pueden trabajar como interfases de forma estructurada, facilitando así proporcionar prestaciones más ajustadas a las necesidades cada vez más complejas de los pacientes. Estrategias de coordinación como la que se presenta son básicas para mantener la continuidad asistencial y facilitar la colaboración tanto de profesionales como de los propios pacientes.

C-293

LA FORMACIÓN ACREDITADA COMO ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN RADIODIAGNÓSTICO

*CERNADAS ARCA, IRENE; CANDIA BOUSO, BERTA Y GRUPO DE MEJORA EN RADIODIAGNÓSTICO.
CHUAC

Palabras Clave: Acreditación, Formación. Iso 9001, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el S.Radiodiagnóstico del Hospital Abente y Lago-CHUAC, A Coruña. Participaron todos los profesionales del S. Radiodiagnóstico, S. Admisión (citas y transcripción de informes), la Unidad de Calidad y el área de Formación de Técnicos. El S. Informática elaboró los aplicativos.

Descripción del problema/necesidades.
Desde hace más de 4 años, la Unidad de Calidad venía trabajando con el S. Radiodiagnóstico de este centro, pero no se producían avances en la implantación ni en la gestión de calidad del servicio. Las mejoras se orientaban al área de los radiólogos en los procesos de valoración diagnóstica, pero los documentos relativos a las instrucciones de las técncias no se encontraban actualizados ni permitían asegurar una reducida variabilidad de la práctica asistencial.

Desarrollo y soluciones aportadas.
La Coordinadora de Formación de los Técnicos del CHUAC (T. Radiodiagnóstico), nombrada por iniciativa del Servizo Galego de Saúde en todos los centros hospitalarios en 2008, favoreció el impulso de la mejora de la calidad en el S. Radiodiagnóstico. A propuesta del área de calidad, promovió la acreditación de un Curso para todo el Servicio, con el objetivo de implantar el Sistema de Calidad conforme a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008. Se acreditó para facultativos, enfermeras, técnicos y por horas a auxiliares administrativos.

Resultados obtenidos.
Se inscribieron las enfermeras, los técnicos, los auxiliares administrativos relacionados con las citaciones y con la transcripción de informes (S Admisión), y radiólogos. Se desarrolló el curso durante 3 meses, en sesiones de 1h, jueves. Acudieron la práctica totalidad, y cada sesión teórica se acompañaba del inicio de una práctica, que concluía fuera de la sesión y era enviada antes de 1 semAna a la Unidad de Calidad para su revisión y síntesis como sesión teórica en la siguiente jornada del curso. Se elaboraron las instrucciones para los estudios, preparación-información a pacientes. Se consensuaron los criterios de calidad, y se propusieron los indicadores para evaluación de los procesos. Implantamos una Hoja de verificación para reducir repetición de estudios. Se elaboró un aplicativo informático para la Gestión de Incidencias y No conformidades, que incluye gestión de averías.

Lecciones aprendidas.
La estrategia de “todos trabajamos y todos ganamos” es útil cuando es tangible para todos los que participamos en la Implantación de los Sistemas de Calidad. La motivación de la acreditación favoreció el acercamiento, y éste, favoreció el conocimiento de las ventajas de un Sistema de Calidad en un Servicio.

C-294

RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA EN EL PROCESO DE CMA.

SYLVIA VAQUERO GALAN; Mª CRUZ CHOCARRO Y ROGER CABEZALI.
FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA

Palabras Clave: Proceso, mejora, interacción, gestión, calidad Fundación Hospital Calahorra

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Facultativos y DUEs

Descripción del problema/necesidades.
Sobre todas aquellas necesidades detectadas por nuestros pacientes y en todos los problemas detectados en la gestión de la actividad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
La consideración de servicio excelente por sus usuarios (pacientes, familiares y comunidad) en las prestaciones de unos servicios efectivos y que satisfacen sus necesidades y expectativas de cuidados, comodidad, seguridad y dignidad.
Trabajando con un manual de gestión de calidad, del cual extraemos toda la información necesaria para detectar acciones de mejoras Con la monitorización de indicadores críticos

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se formaron equipos de trabajo por unidades asistenciales, se trabajo con una sistematica comun : Manuales de gestión de calidad
Facultatvos y Due, podrían ser propietarios de equipo o miembros de equipo respectivamente.
Se realizaron charlas informativas en las distintas unidades .
Formación del equipo, creación del manual de gestión de calidad, evaluación continua del manual, comisión de calidad, creación memorias anuales y certificaciones de calidad ISO 9001:2008

Resultados obtenidos.
Con esta metodología hemos conseguido crear una sistemática de trabajo basada en ciclos de mejora continua.
La satisfacción de nuestros clientes han mejorado, los puntos débiles en la actividad de Cirugía Mayor Ambulatoria se han fortalecido; disminuyendo los ingresos, controlando las cancelaciones quirúrgicas …
El proyecto consiste en detectar las nuevas necesidades o problemas planteados de forma continua para darles solución con eficacia y eficiencia.

Lecciones aprendidas.
El trabajar con una sistemática de mejora continua nos obliga a evaluarnos continuamente y realizar acciones de mejora .
El dar a la comisión de calidad más poder ejecutivo.
Trabajando con manuales de gestión de calidad mejora la satisfacción de nuestros clientes/paciente a la vez que les prestamos unos servicios efectivos, seguros y dignos.

C-295

PROCESO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES PARA LA DETERMINACIÓN DEL CRIBADO PRENATAL

GARCÍA GÓMEZ, M.P.; LÓPEZ LACOMA, J.C.; SANTIAGO GARCÍA, M.C.; BARRAGÁN PÉREZ, A.J.; DE MIGUEL GÓMEZ, A. Y GARCÍA AGUILAR, R..
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA CARTAGENA

Palabras Clave: Relación Entre Niveles, Cribado Prenatal

RESUMEN

Contexto de partida.
Atención Primaria (AP) de un Área de Salud. Estudio observacional descriptivo. Periodo de estudio: Febrero 2009-Mayo 2009.

Descripción del problema/necesidades.
Extender la detreminación de cribado prenatal a todas las mujeresproblema/ gestantes del Área de referencia, posibilitando la detección de necesidades resultados anormales lo antes posible.

Desarrollo y soluciones aportadas.
.-Análisis de situación previo con el Hospital Universitario de referencia del Área y detección de puntos débiles y áreas de mejora. .-Intervención: .Tres reuniones de trabajo en equipo multidisciplinar. .Selección de una Zona de Salud para el pilotaje. .Diseño conjunto de documento para la solicitud de cribado prenatal desde AP. .Implementación de solicitud en soporte Historia Clínica Electrónica.

Resultados obtenidos.
Acceso a la petición de la prueba por parte de AP de todas las gestantes de la Zona Básica de Salud designada para el pilotaje, de forma que el mismo día que es citada para la primera ecografía se le realiza en laboratorio la extracción de sangre para la determinación. Reducción significativa en el número de visitas, de 4(preintervención) a 2(post), que realiza la gestante en la petición de la determinación y la recepción del resultado. Las 81 gestantes, de la zona del pilotaje en el periodo de estudio, se han realizado la prueba obteniendo el resultado en el plazo de una semAna tanto su Médico de Familia como el Especialista.

Lecciones aprendidas.
-La coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria mejora los resultados. -En vista de los resultados obtenidos en la fase de pilotajese decide extender el proceso al resto de los Centros de Salud del Área.

C-296

CICLO DE MEJORA EN PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA PREVIO A IMPLANTE DE SISTEMAS DE NEUROMODULACIÓN EN DOLOR CRÓNICO

MERAYO ALONSO, LA.; LÓPEZ-MILLAN INFANTES, JM. Y SÁNCHEZ BLANCO, C. .
AREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Gestion calidad, sistemas neuromodulacion, valoración psicologica.

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se llevó a cabo en la Unidad Integral para el Estudio y Tratamiento del Dolor, del Departamento de Anestesiología y Reanimación del Hospital Virgen Macarena, dentro de un programa integral de mejora en la calidad asistencial. Participaron un psicólogo, anestesiólogos adscritos a dicha unidad y pacientes con dolor crónico. Este estudio fue financiado por la Asociación Sanitaria Virgen Macarena con una beca para su realización.
Descripción del problema/necesidades.
Después de varios años de terapia de neuromodulación en nuestro centro, observamos que la influencia de los factores psicológicos implicados en los procesos de dolor crónico eran determinantes en los resultados de eficacia de estas terapias implantables, lo cual confirmaba la opinión de expertos en la materia. Sin embargo, el consenso de criterios de evaluación psicológica previa es un tema sujero a discusión por las considerables dificultades metodológicas. Evaluar la calidad de la valoración psicológica recibida por los pacientes tratados con sistemas de neuromodulación y mejorar la calidad de la atención prestada a estos pacientes en el contexto de un abordaje multidisciplinar de una Unidad de Dolor fue el objetivo de este estudio.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La primera evaluación incluyó a todos los pacientes con dolor crónico refractario implantados desde 2007 (n = 17). Se seleccionaron 5 criterios correspondientes a la valoración psicológica inicial: C1, evaluación del dolor (EVA); C2, evaluación de la calidad de vida (SF36); C3, valoración del distrés emocional (HAD); C4, Factores cognitivos-conductuales (CSQ), y C5, antecedentes psicológicos. Para detectar causas de incumplimiento se utilizó el diagrama de causa-efecto de Ishikawa. Se establecieron medidas correctoras en enero de 2008: edición de un modelo adaptado para valoración mínima del screening psicológico y reflexión sobre los Resultados obtenidos.
La segunda evaluación incluye el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 1 de junio de 2009 (n = 13).
Resultados obtenidos.
En la evaluación inicial, los cumplimientos observados fueron: C1: 100%; C2: 5,88%; C3: 35,29%; C4: 41,18%, y C5: 100%. Tras implantar las medidas correctoras se observa mejora significativa en el cumplimiento de C2, C3 y C4.
Lecciones aprendidas.
La realización de un ciclo de mejora ha permitido detectar y corregir incumplimientos en la aplicación de este protocolo. Las medidas correctoras aplicadas han permitido reducir la variabilidad en los registros. Es aconsejable vigilar que no disminuya el cumplimiento en los criterios que inicialmente tenían un buen grado de consenso.

C-297

TKS-SCORE MODELO PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CANCER TERMINAL ASISTIDOS EN DOMICILIO. ESTUDIO PILOTO

REQUENA LÓPEZ ANTONIO; BARCONS VILAPLANA MIQUEL; BUSQUETS DURAN XAVIER; TORRUBIA ATIENZA PILAR; BESCOS OROS MAR Y NABAL VICUÑA MARÍA.
ESAD HUESCA

Palabras Clave: Pronóstico, TKS-SCORE, Atención domiciliaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Este estudio se realizó por tres Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) de SALUD Aragon y tres del Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (PADES) del Instituto Catalán de la Salud, formados por médicos y enfermeras que desarrollan su actividad en Cuidados Paliativos domiciliarios tanto a nivel urbano como rural.
Descripción del problema/necesidades.
Para los equipos que atienden a enfermos en fase terminal es importante poder disponer de información sobre el tiempo de supervivencia que permita elaborar un plan de cuidados paliativos lo más adecuado posible a las expectativas de cada enfermo y poder responder a las cuestiones que el enfermo o la familia demanden al respecto. El TKS-score es un índice pronóstico que combina diferentes factores: edad, sexo, tipo de tumor y estadio, 10 síntomas y signos evaluados mediante escalas categóricas, presencia de metástasis, situación funcional (Indice de Karnofsky, Barthek, y ECOG) situación cognitiva mediante test de Pfeiffer, comorbilidad mediante la escala de Charlson y tratamiento (corticoides, palomilla subcutánea). Para poder validar dicho índice en una población más amplia y con equipos diferentes, se está llevando a cabo un proyecto que implica a ocho equipos en Aragón y cinco en Cataluña.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un estudio coordinado analítico y prospectivo con un periodo de reclutamiento de un mes (iniciándolo el 1 de julio de 2008) y un seguimiento hasta la defunción o un máximo de 90 días, reclutándose un total de 59 pacientes por parte de personal médico y de enfermería. Se estudió el análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y log rank test y análisis de regresión de Cox. SPSS 14.0 y AccuRoc regression.
Resultados obtenidos.
Se consideró factible el desarrollo del estudio con una participación más amplia de equipos y una muestra mayor de pacientes. Ha servido para detectar algunas deficiencias que podrán ser subsanadas en el estudio definitivo.
Se ha confirmado la capacidad pronóstica del TKS score.
Lecciones aprendidas.
La predicción de supervivencia resulta útil tanto a los profesionales como a los pacientes y a sus familias, de cara a la organización del trabajo y a elegir cómo se desea vivir la última etapa de la vida. Sería deseable incluir de forma sistematizada el TKS-score en las historias clínicas de todos los pacientes domiciliarios en situación terminal de etiología oncológica.

C-298

CONTROL DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LAS PACIENTES DE UN PROGRAMA DE ANALGESIA OBSTÉTRICA Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

LÓPEZ-MILLAN INFANTES, JM.; SÁNCHEZ BLANCO, C. Y MERAYO ALONSO, LA..
AREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Analgesia obstétrica, calidad percibida, expectativas, multidisciplinar.

RESUMEN

Contexto de partida.
Realizado en la Unidad de Analgesia Obstétrica del Hospital Virgen Macarena, dentro de un programa de mejora en la calidad asistencial, promovido por la Unidad Integral para el Estudio y Tratamiento del Dolor, del Departamento de Anestesiología y Reanimación. Participaron Anestesiólogos del Departamento y parturientas del centro.

Descripción del problema/necesidades.
Tras 8 años con un programa de analgesia obstétrica en marcha, se vio que la satisfacción de las gestantes se había frenado, a pesar del perfeccionamiento técnico. Nos hizo plantearnos: cuales serían las causas, si estábamos obviando las principales necesidades de las parturientas y si la preparación al parto podía interferir. Realizamos una encuesta para analizar: situación demográfica, preparación específica sobre analgesia del parto, principal preocupación durante el parto, expectativas de dolor con o sin analgesia epidural, expectativas de alivio y satisfacción respecto a la analgesia, alivio real del dolor, cumplimiento de expectativas, deseo de utilizar igual analgesia en otros partos y recomendación a otras mujeres.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El trabajo de campo duró 5 meses. Participaron 6 anestesiólogos del equipo habitual de la Unidad. La encuesta se dividió en una parte para la fase inicial del trabajo de parto, a su ingreso en el hospital y otra una vez que se había concluido el parto.

Resultados obtenidos.
Se vio que la formación previa no modificaba el nivel de satisfacción respecto a la analgesia. Sólo para un 28% el alivio del dolor era la principal preocupación. Y el grado de satisfacción no siempre se correlacionaba con el alivio, estando influenciado por otros factores. Objetivamos la dificultad de realización de encuestas, por exigir una validación previa y por tener que preparar a los encuestadores para evitar heterogeneidad en la interpretación de las respuestas.

Lecciones aprendidas.
El trabajo confirmó que la calidad asistencial debe enmarcarse dentro de un ciclo continuo de mejora, sin limitarse al análisis de la situación. Los resultados nos llevaron a planificar una serie de mejoras basadas en cuestiones como: Averiguar sus expectativas reales; Individualizar y mejorar las técnicas de analgesia epidural para aumentar el grado de participación y control de la gestante sobre su parto aumentando así su satisfacción; Atender otras expectativas como la seguridad o la comodidad; Compromiso de trabajo multidisciplinar con el Equipo de Dirección de Parto, incluso en la fase de preparación dando soporte a las matronas, para implantar el Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio en nuestra Area Sanitaria.

C-299

UN NUEVO HOSPITAL: OPORTUNIDAD DE MEJORA AL IMPLEMENTAR INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.

AZCUTIA GÓMEZ, R.; SEBASTIÁN PALOMINO, A.; AYALA VARGAS, V.; GRACIA CENAMOR, A.; GALLEGO LAGO, J.L. Y DE LA QUINTANA VILLEGAS, A,.
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, ÁREA 2 SERMAS

Palabras Clave: Continuidad, Mecanismos de coordinación. Listas espera.

RESUMEN

Contexto de partida.
En 2008 se abren seis Hospitales en la Comunidad de Madrid y parte de la población del Área 2 pasa a depender de uno de ellos, el Hospital del Henares. Las Gerencias de dicho Hospital y de Atención Primaria (AP) se involucran en implementar medidas que incrementen la continuidad en la gestión y la información.

Descripción del problema/necesidades.
Con la apertura del nuevo hospital el principal problema detectado fue el incremento de demoras en las citas hospitalarias. En AP se perdió el acceso directo a determinadas pruebas diagnósticas, disminuyendo la capacidad resolutiva e incrementando de nuevo las listas de espera.
El análisis de las causas se realizó con el estudio de las reclamaciones y por reuniones con Coordinadores de los Equipos de AP y Directivos del Hospital. Se utilizaron técnicas de consenso tipo tormenta de ideas y entrevistas con informadores clave.
Se midió la evolución por el estudio de las listas de espera y el número de reclamaciones relacionadas con las demoras.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En una primera fase se realizó el análisis, estableciéndose objetivos soluciones aportadas operativos con plazos de consecución y consensuándose estrategias que involucrasen a Coordinadores de Equipos de AP y Jefes de Servicio del Hospital y éstos a su vez a todos los profesionales con los que trabajan.
Se implantaron mecanismos de Coordinación por programación y por retroalimentación. Dentro de los primeros se optó por la normalización de procesos de trabajo administrativos y asistenciales (protocolos, criterios de derivación…); normalización de habilidades (sistemas “experto” y programas globales de formación continuada).
Entre los segundos se seleccionaron la comunicación informal, profesionales de enlace y la implantación de sistemas de información integrados.

Resultados obtenidos.
En la medición posterior tras las medidas implantas aparece:
1.Disminución progresiva en las listas de espera. Al implementar los mecanismos de coordinación, se reduce trimestralmente la lista de espera media en un 33 %.
2.Comparando el 2º trimestre del año 2009 con el del 2008 las reclamaciones recepcionadas en AP por demoras, han pasado de 16 a 2.

Lecciones aprendidas.
1.La Continuidad en la atención mejora la Calidad Asistencial.
2.La Continuidad abarca múltiples y simultáneos mecanismos de coordinación.
3.La apertura de un nuevo Hospital es un momento idóneo para implementar los instrumentos de coordinación.
4.Es necesario planificar la implementación de los mecanismos con suficiente antelación con objeto de anticiparse a los problemas y la insatisfacción de los usuarios

C-300

MEJORA EN LA GESTIÓN DEL MATERIAL ORTOPROTÉSICO EN UNA UNIDAD DE GESTION CLÍNICA DE APARATO LOCOMOTOR

AYALA BLANCA, M.; *DE LA TORRE LÓPEZ, L.E.; PÉREZ ROMERO DE LA CRUZ, C.; FELICES MONTES, M. I.; GARCÍA GÓMEZ, O. Y SEVILLA CASTILLO, A. B..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Gestión, Discapacidad, Ortopedia, Variabilidad, Formación, Accesibilidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital U.V. de la Victoria de Málaga. Unidad de gestión clínica de apto locomotor. Servicio medicina física y rehabilitación.

Descripción del problema/necesidades.
Variabilidad en la prescripción de mat ortopédico en la unidad de g.C. De apto locomotor,excesivo gasto en mat ortop,demora en atención al discapacitado.
Consecuencias:uniformidad de criterios de prescripción,adecuación del material prescrito,apertura de consultas de mat ortop,mejora en la accesibilidad,disminución en la demora.Se analizó la variabilidad en la prescripción,el gasto en mat ortop y la demora.Se obtuvieron datos del gasto económico del año 2007, de las demoras y de la prescripción de mat ortop de la base de datos del hospital

Desarrollo y soluciones aportadas.
La unidad de g.C. Decide que el médico rehabilitador será soluciones aportadas el principal prescriptor de mat ortop.Se organizaron sesiones formativas con ortopedias.Se abrieron 2 consultas de tarde de mat. Ortop a la semana,con acceso directo desde a.P.Se creó un puesto administrativo de prestaciones para gestión directa del material.Se recogen en historia digital pacientes con discapacidad.Se comunicó a a.P. La apertura de nuevas consultas de mat ortop.
Prof. Implicados:fac. De la unidad de g.C. De apto locomotor, aux. De enfermería de rehabilitación,médicos de a.P.,Téc. Ortopedas,administrativos.
Información a los directores de distritos del área sanitaria de la apertura de consultas.Reuniones con facultativos, auxiliares y administrativos.
Fases:1ºla unidad decide que los fac.De rehabilitación serán los principales prescriptores de mat.Ortop.
2ºpropuesta de un plan de gestión de mat.Ortop a gerencia.3ºreunión con el director de sistemas de información y evaluación para la apertura de consultas de cont asistencial y la creación del puesto administrativo.4ºsesiones de form. Continuada con ortopedias en el serv de rehabilitación.5ºdifusión a los directores de distritos de a.P. De la apertura de consultas

Resultados obtenidos.
Los problemas se resolvieron:demora”0” para prescripción de mat ortop,reducción del gasto,repercusión económica de la actuación del s. De rehabilitación en el coste final de mat ortopédico con respecto al año anterior,mejora en la uniformidad de criterios,satisfacción de usuarios por la accesibilidad.
Reclamaciones de usuarios al denegar prestaciones improcedentes

Lecciones aprendidas.
La adecuada gestión de mat. Ortopédico optimiza los recursos en prestaciones sanitarias. La coordinación con A.P. Y la continuidad asistencial son básicoas para dicha gestión.Una pequeña inversión en facultativos puede generar un gran ahorro económico con una mejor satisfacción del usuario. Todos ganan.

C-301

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL: PROYECCIÓN EN LA GESTIÓN SANITARIA

CABALLERO VILLARRASO J; DÍEZ VEGAS FJ; CARLOS GIL A; LUQUE ROMERO L Y FLORES MORENO S.
AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE ANDA

Palabras Clave: artificial intelligence, health administration, fuzzy logic

RESUMEN

Contexto de partida.
AETSA (Sevilla)-Dpto Inteligencia Artificial ETSI Informática UNED

Descripción del problema/necesidades.
La inteligencia artificial (IA) no equivale a la mera informatización. La IA es una ciencia que se ocupa del diseño de sistemas de computación capaces de mostrar características que asociamos a la inteligencia en el comportamiento humano: comprensión del lenguaje, razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas, entre otros. La ingente cantidad de información emanada de pacientes e intervenciones, es susceptible de extracción del conocimiento procesable implícito en las bases de datos, bajo la perspectiva de la minería de datos (data mining, vertiente de la IA). Esto estaría en el contexto del desarrollo informático en medicina, de la que serían ejemplos la Hª clínica digital y las mejoras en las BDU y en sistemas de información del laboratorio.
El presente estudio pretendió identificar las aplicaciones de la IA en medicina asistencial y evaluar las correspondientes al ámbito de la gestión sanitaria

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio bibliométrico como aproximación a la proyección de la IA en la soluciones aportadas medicina asistencial, en la base MEDLINE. Se siguió de una revisión sistemática de la literatura sobre las aplicaciones de la IA en la gestión sanitaria. Se realizó una división por especialidades médicas. De otro lado, se hicieron categorizaciones según macroáreas

Resultados obtenidos.
Se recuperaron inicialmente 4698 artículos sobre utilización de IA. Por especialidades la más iterativa fue oncología, seguida de neurología y enfermedades cardiovasculares.
Por macroáreas, las relativas a diagnóstico supusieron 2131 artículos (1078 de diagnóstico por imagen y 1053 de laboratorio clínico), las relativas a pronóstico fueron 399 y las relacionadas con GESTIÓN SANITARIA 406. De éstas, 324 se incluyeron en el área de CALIDAD.
De éstos, sólo 1 observaba indicadores de calidad y 13 contemplaban la satisfacción del paciente; la garantía de calidad era considerada de forma global en 50; el ámbito más estudiado fue la evaluación de procesos y resultados (260). Las formas de IA más estudiadas fueron el desarrollo de algoritmos y de sistemas expertos, orientados a la ayuda en la toma de decisiones

Lecciones aprendidas.
La literatura sobre aplicaciones clínicas de la IA es muy abundante y crece exponencialmente. Las áreas más estudiadas son las actualmente más dependientes de la informatización, destacando el diagnóstico por imagen y el laboratorio clínico.
Igualmente, la IA se proyecta en el ámbito de la administración sanitaria mediante el desarrollo de algoritmos y sistemas expertos, como herramienta de ayuda en la gestión

C-302

PROYECTO PARA MEJORAR LA CITACIÓN EN LAS REVISIONES DEL NIÑO SANO EN UN CENTRO DE SALUD

RODRÍGUEZ MORALES, D.; HERRERO DELGADO, M.; IGEA MORENO, M. Y CAMARERO PALACIOS, J..
GERENCIA AREA 4 AP-MADRID

Palabras Clave: Atención Primaria, Accesibilidad, Niño Sano

RESUMEN

Contexto de partida.
Grupo de pediatras, enfermeras y administrativos en un centro de salud que atiende a más de 6300 niños

Descripción del problema/necesidades.
En 2007 se detecta un incremento de las reclamaciones de padres relacionadas con defectos en la citación para las revisiones del niño sano:citas con tiempo insuficiente, con profesionales equivocados y para un sólo profesional cuando tenían que ser para pediatras y enfermeras; igualmente había quejas de los profesionales por los conflictos que se generaban

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó un equipo de mejora, se analizaron las causas y se fijaron como objetivos: disminuir el número de reclamaciones, así como las quejas de profesionales, reordenar las citas, adaptar las agendas e implicar a los profesionales y a los padres. Se elaboró un plan de acción implantándose las siguientes acciones: normalización del número de revisiones por edad del niño y profesional que las realiza; modificación de las agendas incluyendo huecos de pediatría de 20 minutos; compromiso de los profesionales de autocitar las revisiones y la elaboración de una cartilla para los padres, con parte informativa pidiéndoles su colaboración incluyendo las revisiones numeradas y ordenadas por edad, especificando el profesional que lo atenderá con los consejos oportunos. Se difundió el proyecto entre los profesionales en sesiones de Equipo y se acordó entregar a los padres la cartilla al alta en Tarjeta Sanitaria, dejando citado al niño para la prueba del talón o la primera revisión que corresponda, informándoles de la importancia de traerla siempre y de especificar la edad o el número de revisión al pedir cita

Resultados obtenidos.
El número de reclamaciones y quejas disminuyeron hasta llegar a desparecer. A raíz de cambios en el Equipo: falta de pediatras y llegada de nuevos profesionales se dejó de entregar la cartilla volviéndose a reproducir problemas en la citación y el aumento de quejas y reclamaciones. Se ha vuelto a implantar, añadiendo la necesidad de que los padres soliciten cita en el centro y no a través de la web que oferta citas de 5 minutos. Se detectó igualmente la necesidad de formar e informar de nuevo a todos los profesionales, organizando un programa formativo en el centro que ha sido acreditado. El proyecto ha tenido un resultado secundario positivo, el aumento de la captación de niños para las revisiones

Lecciones aprendidas.
Las reclamaciones son una herramienta de gestión importante que permite detectar problemas organizativos. Es posible implicar a los profesionales, sobre todo cuando se observan resultados positivos. Es fundamental informar e implicar a los padres en todo el proceso

C-303

MEJORA DE LA GESTIÓN DE RECLAMACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ZAZO CARRETERO, J; MOYANO DIAZ, S; SÁNCHEZ ROMERO, S; ARIAS HORCAJADA, F; LORENZO MARTÍNEZ, S Y GÓMEZ HORMIGOS, C.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: Reclamaciones, Gestion, Mejora, Hospital

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el hosptal universitario fundacion alcorcon, de tercer nivel del SERMAS con una población de referencia de 264.000 habitantes, sin centro de especialidades periférico, por lo que las consultas externas están ubicadas en el mismo centro.El departamento implicado en el estudio fue la Unidad de Atención al Usuario del propio centro.

Descripción del problema/necesidades.
Durante el año 2007 la Unidad de Atención al Usuario (UAU) gestionó problema/ un total de 2.442 reclamaciones escritas, lo que supuso un aumento necesidades del 45% respecto al año anterior, el 12% sobre pacientes atendidos.
Asimismo se observó como los tiempos medios de contestación escrita al paciente eran superiores a los pactados con el Servicio Madrileño de Salud. Por ello decidimos analizar e identificar los motivos determinantes del incremento del número de reclamaciones y los tiempos de contestación

Desarrollo y soluciones aportadas.
Posteriormente se pusieron en marcha las acciones siguientes: 1. Rediseñar la UAU unificando criterios entre el personal con dependencia orgánica y funcional del servicio de Admisión. 2. Pactar con las diferentes áreas médicas consiguiendo ampliar el periodo de tiempo de apertura de agendas en consultas externas. 3. Implicar a los diferentes servicios en los plazos de contestación a través del cumplimiento de objetivos.

Resultados obtenidos.
El número de reclamaciones ha variado a lo largo del tiempo: 1.684 en 2006, 2440 en 2007 y 1408 en 2008, mientras que la proporción de las mismas sobre el total de atenciones en la UAU ha sido de: 9,74%; 12% y 8,3% respectivamente. Al mismo tiempo, el número de reclamaciones contestadas en menos de 30 días también varió de un año a otro: 76%, 70% y 82%. Al revisar los circuitos y cargas de la UAU se detectó que, debido al reparto de tareas con distintas dependencias funcionales y orgánicas; los casos de pacientes que requerían valoración de otro servicio, generaban duplicidades por lo que los tiempos de respuesta se dilataban en el tiempo generando malestar e incertidumbre en los pacientes. En relación con los motivos de reclamación escrita se observó que mayoritariamente se debían a temas relacionados con citas y como submotivo la lista de espera en consultas externas.

Lecciones aprendidas.
La implicación de los diferentes servicios en las medidas de mejora adoptadas para el logro de objetivos, ha permitido una mejora objetivable en la gestión del servicio, que se ha medido mediante el número de reclamaciones (disminución del 43%), y el porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días, que ha aumentado hasta el 82% en 2.008.

C-304

ELABORACIÓN E IMPLENTACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

VINUESA MONTOYA, S.; ESQUINAS MELLADO, B.; FERNÁNDEZ ESPINAR, E. Y MARTÍNEZ DELÁGUILA, M.C..
HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Cuestionario, Fisioterapia, Rehabilitación, Encuesta de satisfacción

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo ha sido desarrollado en la unidad de Fisioterapia y Rehabilitación de Hospital de Poniente (Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería) por 4 fisioterapeutas de dicha unidad.

Descripción del problema/necesidades.
Este proyecto surge ante la necesidad de un instrumento de medida para valorar la calidad de la atención prestada en la unidad de Fisioterapia.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En primer lugar se ha realizado una búsqueda bibliográfica. Posteriormente se elaboraron una serie de preguntas, de las que se fueron seleccionando en función de las necesidades de la unidad para detectar posibles áreas de mejora. De este modo obtuvimos una encuesta que consta de 3 partes: -Datos personales del usuario (manteniendo la confidencialidad), con una parte a rellenar por el personal sanitario. -Una serie de 15 preguntas cerradas con 5 alternativas. -Una serie de 3 preguntas abiertas. Con este formato se realizó un pre-test a 30 pacientes de la unidad para comprobar la congruencia semántica del cuestionario, tras lo cual se elaboró el formato definitivo.

Resultados obtenidos.
Esta encuesta se está cumplimentando por los usuarios desde Junio de 2009 y en Septiembre se realizará un análisis trimestral de las respuestas a las 18 preguntas.

Lecciones aprendidas.
Todavía se encuentra en fase de desarrollo la obtención de resultados y a raíz de éstos se detectarán las áreas de mejora y se desarrollarán medidas que incidan en ellas.

C-305

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMES DE ASISTENCIA PARA EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA

SERRANO GARCÍA, F. J.; RUIZ ROMERO, J. A. Y QUESADA HURTADO, J..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: informes, asistencia, obstetricia, ginecología, hospital

RESUMEN

Contexto de partida.
En el proyecto ha participado el Servicio de Sistemas de Información y el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga) dependiente del Servicio Andaluz de Salud.

Descripción del problema/necesidades.
Los profesionales del servicio de Obstetricia y Ginecología necesitaban disponer de una aplicación que registrara información asistencial estructurada de las pacientes en consultas, hospitalización y urgencias de manera totalmente integrada con el HIS, explotable y trasladable a Diraya, además de contar con un aspecto homogéneo tanto en pantalla como en papel y accesible para los profesionales autorizados desde cualquier punto del Área Hospitalaria.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras analizar las necesidades del servicio y no encontrar ninguna soluciones aportadas aplicación que se adaptara, se tomó la decisión de desarrollar una nueva herramienta de propósito general basada en software libre que cubriese todas estas necesidades y fuese extensible al resto de servicios.
Las fases del proyecto han sido: *Recopilar las necesidades de Obstetricia/Ginecología *Analizar la existencia de aplicaciones adaptables *Toma de Decisión para el desarrollo *Desarrollo de una herramienta basada en XML por parte del Servicio de Sistemas de Información *Crear las plantillas de los informes y selección de campos que se copian a Diraya *Puesta en producción de la herramienta Una vez puesta en marcha la aplicación se ha presentado en sesiones clínicas a otros servicios (Traumatología, Cardiología, UCI, Unidad de Mamas, Infecciosos, Oncología, ...) y se han puesto en producción nuevos informes.

Resultados obtenidos.
La calidad de los informes ha aumentado al homogeneizar la información a registrar junto con un mejor aspecto y claridad de la información para las pacientes.
Desde la puesta en marcha hace un año se han creado 7 plantillas para el servicio de Obstetricia y Ginecología empleándose en la creación de más de 1600 informes. Además, a partir de la explotación de los datos se están llevando a cabo 2 tesis doctorales en el servicio de Obstetricia y Ginecología.
El éxito ha sido tal que prácticamente la totalidad del resto de servicios del Hospital ha solicitado la creación de plantillas específicas para su trabajo.

Lecciones aprendidas.
El éxito de un sistema de información orientado a los profesionales es directamente proporcional al reflejo que perciban de su trabajo en la herramienta.

C-306

PROCESO CIRUGÍA SIN INGRESO

GÓMEZ IBAÑEZ, YOLANDA; ORTIZ OTERO, M MERCEDES; CAPARRÓS LÓPEZ, MARÍA; NUÑEZ CRESPO, FERNANDO JAVIER; DE CASTRO SÁNCHEZ. JESÚS Y MARINERO ROJAS, OLGA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Cirugía Ambulatoria, Certificación, Proceso Sin Ingreso

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, el departamento ha sido multidisciplinar, interviniendo profesionales de distintos ámbitos y categorías pero todos los profesionales están relacionados con la cirugía sin ingreso.

Descripción del problema/necesidades.
El Hospital Universitario de Fuenlabrada, siguiendo su Plan Estratégico apuesta por la implantación de un sistema de gestión por procesos, trata de identificar, definir y desarrollar los procesos de distintas unidades de responsabilidad.
Los objetivos: Aplicar los cuidados integrales pre y postoperatorio a los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria garantizando la continuidad de cuidados en el entorno del paciente.
En la cuantificación de proceso, se realizó un DAFO, evidenciándose los principales problemas.

Desarrollo y soluciones aportadas.
A primeros de 2007 se formó un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por facultativos quirúrgicos, enfermeros, personal de admisión, personaldel área de sistemas de información y de calidad. El proyecto se realizó mediante reuniones de trabajo en donde se fueron definiendo los contenidos del proceso, requerimientos, áreas de mejora y el alcance. El grupo elaboró un documento con el diseño del proceso de cirugía ambulatoria, mapa de procesos, así como todos los documentos y registros necesarios para la certificación ISO 9001:2000

Resultados obtenidos.
Quedó definida la misión del proceso.
· Se determinaron las fortalezas y debilidades mediante un análisis
DAFO.
· Se definieron las entradas y salidas del proceso y los contenidos
del mismo.
· Se identificaron las directrices del proceso, se analizaron las expectativas de profesionales y pacientes.
· Se determinaron los indicadores del proceso.
· Así como la elaboración de todos los documentos y requisitos para la conseguir la certificación ISO 9001:2000 del proceso.

Lecciones aprendidas.
Este proyecto ha sido muy útil para conocer nuestras fortalezas y debilidades en el proceso de Cirugía ambulatoria. Se ha favorecido el trabajo en equipo y un mayor entendimiento por parte de todos los profesionales de las necesidades y expectativas de los pacientes, se ha mejorado la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes, profesionales, con un mejores rendimientos quirúrgicos. Se ha fomentado la cultura de calidad entre todos los profesionales del hospital, aprendiendo el uso de herramientas y metodología propias de calidad.
En segundo semestre de 2007, el proceso de cirugía ambulatoria se certificó en ISO 9001:2000.

C-307

INDICADORES DE ACTIVIDAD DEL PROCESO DE SOPORTE DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

MANUELA GASSO CAMPOS; ISIDORO HERRERA CONTRERAS; ROSARIO AGUILAR PEÑA; JOSE MARIA JOVER CASAS; MARIA VICTORIA CAMACHO REINA Y MARÍA JOSE MEDINA CORPAS.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

Palabras Clave: Procesos, Laboratorio, Trazabilidad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realzio en la UGC de laboratorio del CHJ. Los profesionales implicados han sido los componentes de dicha unidad.

Descripción del problema/necesidades.
La implementación de la Gestión por Procesos ha permitido el seguimiento de los componentes de la prestación sanitaria, coordinar la actuación de los diferentes profesionales y áreas y ordenar la trazabilidad de las rutas a seguir, todo ello con la finalidad de aumentar la eficiencia y satisfacción de los clientes internos y externos. El objetivo trata de evaluar los indicadores de actividad descritos en el Proceso de Soporte durante el año 2007 y 2008

Desarrollo y soluciones aportadas.
Indicadores: Indicador 1: Porcentaje de cumplimentación de los datos de las solicitudes al Laboratorio. Periodicidad: Semestral. Indicador 2:Porcentaje de copias/duplicados de informes por pérdidas o extravíos. Periodicidad: Semestral. Indicador 3: Porcentaje de informes de urgencias emitidos antes de 60 minutos desde el registro en el sistema de información del Laboratorio. Periodicidad: Trimestral.
Indicador 4: Razón de reclamaciones efectuadas por los pacientes/familiares a los laboratorios. Periodicidad: Anual. Indicador 5:Porcentaje de solicitudes no admitidas. Periodicidad: Semestral. Indicador 6:Porcentaje de pruebas rechazadas en solicitudes no admitidas. Periodicidad: Semestral. Indicador 7: Porcentaje de pruebas sometidas a control externo de calidad. Periodicidad: Anual.

Resultados obtenidos.
INDICADOR 1 2007: 1 semestre : 59,25 % 2 semestre : 59,35 %. INDICADOR 1 2008: 1 semestre : 57.39 2º semestre : 57.76%.
INDICADOR 2 2007: 1 semestre : 15,93 % 2º semestre : 14,99 %. INDICADOR 2 2008: 1 semestre : 13.88% 2º semestre : 13.77%.
INDICADOR 3 2007: 1 trimestre :91,49 % 2 trimestre : 90,42% 3 trimestre :88,83 % 4 trimestre :84,91 %. INDICADOR 3 2008: 1 trimestre :90.46 2 trimestre: 91.27 3º Trimestre :89.27 4º trimestre :88.37. INDICADOR 4 2007: Resultado: 4 reclamaciones/año. INDICADOR 4 2008: Resultado: 0 reclamaciones/año.
INDICADOR 5 2007: 1 semestre : 1,37 % 2 semestre : 1,28 %
INDICADOR 5 2008: 1 semestre : 0.10 2 semestre : 0.13.
INDICADOR 6 2007: 1 semestre : 3.59 % 2 semestre : 3,46 %.
INDICADOR 6 2008: 1 semestre : 3.12 2 semestre : 2.90.

Lecciones aprendidas.
El establecimiento de indicadores de actividad permite determinar las deficiencias existentes, establecer soluciones optimizadas que han permitido la planificación de la mejora de las fases preanalítica, analítica y postanalítica, mejorar la satisfacción de los clientes internos y externos y realizar un adecuado control de gestión.

C-308

CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008,HERRAMIENTA DE MEJORA EN UN ÁREA QUIRÚRGICA.

SÁNCHEZ ROJO, S.; BUENO DOMINGUEZ,MªJ. Y FORT BARBARA, X..
Centre MQ Reus

Palabras Clave: Área quirúrgica, ISO, variabilidad, protocolización

RESUMEN

Contexto de partida.

El centro MQ Reus es un centro de 47 camas con gran actividad quirúrgica (4300 I.Q/ año), con un alto índice de sustitución (48%).Se atienden pacientes de diferente procedencia: privados, mutuas y públicos

Descripción del problema/necesidades.

Se realiza un gran nº de intervenciones de baja y mediAna complejidad,de diferentes especialidades,por gran número de profesionales quirúrgicos (100).Por lo que existe una gran variabilidad asistencial y vimos la necesidad de protocolizar el procedimiento quirúrgico.Por ello, se decidió certificar el servicio con la certificación ISO 9001:2008

Desarrollo y soluciones aportadas Estudio de la viabilidad del proyecto con el soporte de una consultaría externa,Formación al personal del área.Reuniones periódicas de grupo de trabajo (Consultor, Dirección de Centro, Dirección de Calidad y Responsable).Actualización de protocolos y registros vigentes adaptados a Norma ISO.Elaboración, difusión e implantación de nuevos protocolos y registros. Calibración de todos los aparatos de electromedicina. Seguimiento de indicadores y de la certificación en el Núcleo de Calidad del Centro.Memoria anual de calidad.Auditoria interna. Auditoria externa de certificación ISO 9001:2008

Resultados obtenidos.

Certificación del área quirúrgica:entrada del paciente al área hasta salida de reanimación,excluyendo la técnica quirúrgica. Protocolos actualizados o de nueva creación:Checklist aparatage quirófano,actuación instrumentistas bloque quirúrgico,actuación médica en el servicio de reanimación,normativa interna del bloque,esterilización,programación quirúrgica,parte de quirófano,gestión de residuos,limpieza,lavado de manos,rasurado y preparación quirúrgica,manejo del dolor posquirúrgico en adultos,transfusión de sangre, paciente correcto cirugia correcta.Registros actualizados o de nueva creación:Actas Núcleo calidad adaptadas a Norma ISO,Historia clínica,reclamaciones,incidencias,Checklist quirófanos,Limpieza,reg.semanal verificación estoc y caducidades quirófano,Carro de paros,Tareas mantenimiento,asistencia y certificados de formación,memoria anual,hoja de información y consentimiento de tratamiento de datos de carácter personal,certificados de calibración,informe de auditoria interna.

Lecciones aprendidas.

Al protocolarizar el proceso quirúrgico: minimizamos los riesgos derivados de la gran variabilidad existente en está área y mejoramos la seguridad clínica. Esta certificación ha sido factible por la implicación de todo el personal del área, implementando todos los requisitos que dictamina la Norma y se ha visto favorecido por el lideraje de la Dirección del centro y del propio Núcleo de Calidad.

C-309

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (CVP) EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 7 DE MADRID

LÓPEZ PALACIOS, S.; GARRIDO ELUSTONDO,S. ; BALLARIN BARDAJI, M.; LÓPEZ GÓMEZ, C.; MAS CEBRIAN, E. Y GARCÍA GARCÍA, E.. GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA7 DE MADRID

Palabras Clave: calidad de vida profesional

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante Junio de 2008 a los trabajadores, sanitarios y no sanitarios, de Atención Primari a (AP) del Área 7 de la Comunidad de Madrid (N=1003). La recogida de datos se realizó mediante el cuestionario CVP-35 distribuido por correo interno desde la Gerencia, junto a una carta de presentación del estudio, a todos los trabajadores del área

Descripción del problema/necesidades.

En el modelo EFQM de Excelencia uno de los conceptos fundamentales es la orientación hacia las personas. Con este trabajo se pretende a través de la encuesta conocer la percepción de los trabajadores de AP y su CVP, describiendo los factores que se asocian a la CVP, y la evolución de ésta desde 2004 con el fin de establecer posibles líneas de mejora

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se envía a los centros el cuestionario CVP-35 de carácter anónimo que consta de 35 ítems que valoran los dos componentes de la calidad de vida profesional, demandas y recursos en función de las 3 dimensiones siguientes: percepción de demandas, apoyo de los directivos y motivación intrínseca. Además contiene ítems que recogen la valoración de la calidad de vida global y la capacidad de desconexión al final de la jornada laboral. Cada ítem se valora de 1 a 10. Se recoge información relativa a variables sociodemográficas y otras que pudieran influir en la calidad de vida

Resultados obtenidos.

Se cumplimentan 470 (tasa de respuesta 47%). El 73,4% fueron mujeres, la edad media fue 47,8 años y el 39% fueron médicos, el 31% enfermeros-fisioterapeutas y el 30% auxiliares administrativos-celadores. La dimensión del CVP-35 mejor valorada (de 1 a 10) por todos los profesionales fue la percepción de motivación intrínseca (media 7,6; DE 1,2), seguida de la percepción global de demandas (media 6,1; DE 1,3) y la percepción del apoyo directivo (media 5,1; DE 1,5). Las mujeres puntuaron más alto las 2 primeras dimensiones ($p<0,01$ en ambas comparaciones). Entre 2004 y 2008 se observa cierta mejoría en los resultados, especialmente en el item que recoge la calidad de vida

Lecciones aprendidas.

Los profesionales presentan una elevada motivación intrínseca, perciben una alta carga laboral y un discreto apoyo directivo. La enfermería-fisioterapia es la categoría que percibe una mayor motivación intrínseca, mayor apoyo directivo y calidad de vida. La mejoría evolutiva se produce tras medidas implantadas recientemente que deberán ser evaluadas. Las líneas de mejora deberían centrarse en impulsar nuevos mecanismos de gestión de la consulta y mejora de los circuitos de información entre la gerencia y los profesionales

C-310

PLAN DE SEGURIDAD EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS (CHT): UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN.

*ROBLES AGUILERA, C. ; FERNÁNDEZ BONO, R. ; GALLARDO FRÍAS, JS. ; SERRANO CALVACHE, J Y ANTÓN MOLINA, F. .
H. TORRECÁRDENAS

Palabras Clave: seguridad, calidad, objetivos, gestión clínica,

RESUMEN

Contexto de partida.

En los últimos años el CHT ha ido incorporando en los acuerdos de objetivos indicadores de calidad, seguridad y de cuidados de forma atomizada; pero adoleciendo de una visión global, homogénea y compartida de un proyecto que aglutine todas estas actividades y otras nuevas iniciativas y que aúna esfuerzos por parte de directivos y profesionales en una misma dirección, la de mejorar la calidad y seguridad de los servicios que proporcionamos a los ciudadanos

Descripción del problema/necesidades.

El CHT dispone de los datos del CMBD en cuanto a indicadores de seguridad, además de otros que se han ido monitorizando. Basándonos en el convenio entre el M. de Sanidad y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar prácticas seguras en los centros sanitarios; así como las indicaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria a través del Observatorio para la seguridad de pacientes; se ha intentado dar un nuevo enfoque

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este año en los acuerdos de gestión de las unidades asistenciales y de apoyo, se ha incluido la realización de un plan de seguridad dentro de los objetivos específicos. La Subdirección de Calidad establece la estrategia en seguridad, concretándose en distintas propuestas consensuadas con los profesionales; agrupando y combinando los objetivos en función de áreas afines, asignando un valor de 10 puntos sobre 40

Resultados obtenidos.

Se han pactado objetivos de seguridad en 34 unidades, los cuales unos han sido comunes y otros específicos en función de la idiosincrasia de las mismas: Prevenir UPP.Prevenir causas que ocasionen caídas.Detección de incidentes con medicamentos. Protocolo de revisión del carro de parada.Prevenir la cirugía en lugar equivocado. Aumentar la seguridad en al área quirúrgica. Protocolo de almacenamiento, revisión de medicamentos. Prácticas Seguras en cuidados paliativos.Eventos graves en salas de espera.Prevenir Efectos Adversos en Radiología. Aplicación correcta de normas de protección radiológica.Evitar errores en toma de muestras.Evitar repetición de pruebas diagnósticas.Identificación correcta RN. Protocolo de dilución de fármacos.Aplicación correcta de las CM. Protocolizar identificación de embriones en reproducción asistida.Monitorizar casos de traumas potencialmente evitables durante parto vaginal no instrumentado

Lecciones aprendidas.

La experiencia ha sido gratificante en el sentido de observar la implicación de los responsables en el plan de seguridad, ha llevado tiempo fijar y consensuar objetivos y definir indicadores de medida pero consideramos que ha valido la pena. No sabemos cómo van a ser los resultados, creemos que es un buen inicio

C-311

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MENORES PROTEGIDOS CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

JUAN ANTONIO GARCÍA NUÑEZ; PEDRO GONZÁLEZ DE LA FLOR; LORENZO ORTEGA TRUJILLO; MARIA JESÚS PABLO BERNABEU; JOSE MARIA JOVER CASAS Y MARÍA JOSÉ REBOLLO FRIAS.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Palabras Clave: Menores protegidos, salud mental, intervención socioeducativa.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizo en el Centro de Menores de Berzosa de Lozoya, en la zona norte de Madrid. Se trata de un centro de menores protegidos con trastornos de salud mental de la Comunidad. En el centro trabaja un Equipo técnico y un equipo de servicios. El primero está integrado por un director, un psiquiatra, una psicóloga, terapeutas, educadores, evaluadores y enfermeras.

Descripción del problema/necesidades.

Los objetivos del proyecto son la intervención en los trastornos del comportamiento y en los componentes disfuncionales del desarrollo psicosocial del niño, el desarrollo de la competencia psicosocial, cognitiva, afectiva y de socialización del mismo. En relación al tratamiento tradicional el programa ha supuesto un cambio radical en el abordaje del problema. Las causas del problema se analizaron desde un enfoque multidisciplinar por los miembros del equipo técnico y se cuantificaron mediante escalas objetivas de medición seleccionadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se llevó a cabo mediante unos recursos materiales, de espacio residencial, terapéuticos, talleres, un entorno residencial apropiado y un proyecto educativo. Se implementó un programa de intervención clínico y socio-educativo. Los profesionales implicados son los componentes del equipo técnico. El proyecto se difundió y cuenta con el respaldo institucional de la Comunidad. Ha tenido 3 fases: valoración basal, intervención y medición de resultados. Actualmente lleva más de 5 años en funcionamiento.

Resultados obtenidos.

Los resultados del proyecto se pueden calificar de espectaculares. Destaca que todos los niños estudiados han eliminado en la mayoría de los casos, o reducido significativamente, su medicación psiquiátrica previa e incluso han sido reevaluados de sus patologías psiquiátricas anteriores hacia diagnósticos mucho más leves. En relación con las dimensiones clínicas, socio-educativas, de personalidad, maduración afectiva y sus hábitos sociales las diferencias han sido estadísticamente significativas. Las soluciones aportadas por el programa, tras 5 años de funcionamiento del centro, han contribuido a solucionar el problema esta población. Entre la nuevas necesidades está la de nuevos espacios para poder aumentar el número de niños atendidos.

Lecciones aprendidas.

La lección fundamental es que la intervención mediante nuevos programas específicos en esta población ofrece resultados muy efectivos. En las nuevas incorporaciones se están ampliando y diversificando los talleres del centro. El mensaje es que existen nuevas formas de intervención que ofrecen resultados mucho más efectivos que los abordajes tradicionales.

C-312

MIGRACION DE MICROSOFT WINDOWS A LINUX EN EL SERVICIO DE SISTEMAS DE INFORMACION DEL H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA (MALAGA)

BARRANCO PÉREZ, J.J.; GARCÍA-HERREA GÓMEZ, J.F. Y RUIZ MELLADO, I.M..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Migración, Software Libre, Sistemas Información, Hospital

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha desarrollado en el servicio de Sistemas de Información del Hospital Universitario Virgen de la Victoria dependiente del Servicio Andaluz de Salud.
Descripción del problema/necesidades.
Con las actualizaciones de las nuevas versiones de Microsoft Windows es necesario adquirir nuevos equipos (hardware) y licencias (software). Todo esto supone un coste bastante elevado para adaptar el equipamiento informático teniendo en cuenta que en el Área Hospitalaria Virgen de la Victoria hay más de 1300 ordenadores.
Existen alternativas de software libre que optimizan el uso de los recursos, por lo que la vida útil de los equipos actuales podría alargarse en el tiempo, evitando la compra de nuevo hardware y licencias de software.
La dificultad está en saber si el software libre cubriría las necesidades en materia de sistemas de información para el Hospital.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Como objetivo tenemos migrar todos los puestos de trabajo del soluciones aportadas Hospital que sea posible, pero como paso inicial se decidió comenzar por migrar los equipos del Servicio de Sistemas de Información.
Para saber si el software libre es una alternativa válida para el Hospital se decidió: 1.- Buscar alternativas equivalentes al software propietario que se emplea en el hospital.
2.- Comprobar que efectivamente el software libre encontrado tiene las mismas funcionalidades y puede tratar y modificar la información ya existente.
Para llevarlo a cabo, cada técnico del servicio dispone de un equipo con doble monitor, Ubuntu 9.04 y Windows XP virtualizado con VirtualBox.
Resultados obtenidos.
Se ha comprobado que la mayoría de aplicaciones de propósito general (correo electrónico, ofimática, conexiones remotas, ftp, gestión de impresoras, …) funcionan correctamente con el sistema operativo y las aplicaciones libres.
Sin embargo, algunas aplicaciones de carácter específico no están preparadas para ejecutarse sobre Linux, por lo que sería necesario estudiar una a una y saber si se podrían emular (Farmacia, Logística, Gestión de Colas, Sistema de Radiología, …) bajo Linux.
Además, algunos documentos presentan problemas de compatibilidad en función de la complejidad que tienen (fundamentalmente Microsoft Office).
Lecciones aprendidas.
La administración pública debe ofrecer los mejores servicios al menor coste. La migración a sistemas de software libre debe emanar de los propios servicios de informática o sistemas de información.

La única manera de saber si es posible migrar a sistemas de software libre es probarlo. Temas que aparentemente están resueltos o superados, a la hora de la verdad presentan dificultades más o menos salvables.

C-313

PRIMERA FASE DE LA PUESTA EN GESTIÓN DEL PROCESO DESARROLLAR LA GESTIÓN POR PROCESO

MORENO PÉREZC; ALEMANY LÓPEZ A; UBACH BADÍA B; CECILIA NAVAZO J; PACHECO MARTÍNEZ T Y MARTÍN MALDONADO J.L.
CS Pavones

Palabras Clave: Gestion , Procesos,Cultura,Formacion,Equipo, Creatividad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha desarrollado por un equipo multidisciplinar de profesionales del Área 1 de Atención Primaria, Comunidad de Madrid.
Descripción del problema/necesidades.
•Una de las líneas estratégicas de la Gerencia es trabajar en Gestión por Procesos, por ello el Grupo de Apoyo, es el encargado de formar tanto a los propietarios como a los responsables de Calidad que van a tener un importante papel de apoyo en el desarrollo de los procesos , en cada equipo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
•Presente la misión del proceso: Desarrollar el modelo de gestión por procesos en área 1 ;alineada con la de la organización , las líneas de acción son :1-Formación; 2- Definir método/ jerga; 3- Mejorar seguimiento•Se ha realizado una evaluación del proceso mediante un DAFO, como FORTALEZAS:muchas personas formadas, mejora de la cultura , creatividad , flexibilidad etc; OPORTUNIDADES , crecimiento del grupo ; DEBILIDADES: incertidumbre en el método, falta de seguimiento, criterio disparetc;AMENAZASfalta de tiempo, falta de definición de roles• Descripción del proceso con la definición de los destinatarios y sus Expectativas:1- Pacientes cuyas expectativas son mejorar los resultados ; 2-Propietarios de los procesos:tener reconocimiento, claridad en el método y apoyo en la formación;3 Profesionales , quieren ver utilidad; 4- Gerencia completar el desarrollo , total difusión y tener indicadores ; 5-Comisión directiva, conocer y difusión del método
Resultados obtenidos.
Se ha trabajado en grupos multidisciplinares tanto en consejos de gestión como con el grupo de apoyo; estableciendo un cronograma de actividades fijando en responsable de cada actividad, y de las cuales se ha diseñado y realizado los talleres de propietarios y de responsables de calidad de los equipos del área • Están pendiente de consensuar los indicadores, que se hará en los próximos meses y así poder hacer una primera evaluación de la Gestión por procesos en el área , con la cual podremos hacer un feedback a todas las personas que están participando
Lecciones aprendidas.
Las lecciones que hemos aprendido es que tenemos una muy buena voluntad de todas las personas que están participando , a pesar de la falta de tiempo pero que es necesario hacer un feed-back para mantener dicha voluntad así como para implicar al resto de personas en la organización ; deberíamos de respetar el cronograma de reuniones con sus actividades y no apagar" fuegos con los acontecimientos diarios y saltarnos dicha planificación , el mensaje práctico sería manejar la gestión de cambio para cambiar lo que vemos como negativo , para obtener cosas positivas haciéndolas de forma diferente

C-314

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO INTEGRAL. NUEVO MODELO DE TRAYECTORIA CLÍNICA.

SÁNCHEZ ROJO, S. Y FORT BARBARA, XEPI.
CENTRE MQ REUS

Palabras Clave: Pqi, Trayectoria Clinica, C.M.A

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Centre M.Q Reus, en el Bloque Quirúrgico.Nuestro centro realiza principalmente actividad quirúrgica de baja y media complejidad.Consta de 47 camas y realiza al año 4300 intervenciones quirúrgicas,de las cuales 1700 se realizan por C.M.A.Estuvo formado por un equipo multidisciplinar,del cual formaron parte cirujanos,anestesistas,Diplomados Universitarios en Enfermería y auxiliares de clínica.
Descripción del problema/necesidades.
Debido a la actividad quirúrgica del centro, y en el que la mayoría de intervenciones quirúrgicas se realizan por C.M.A,cuyo índice de sustitución se situa en un 48 %,se presentó la necesidad de crear un instrumento que nos permitiese agrupar todo el proceso del paciente,desde su ingreso administrativo hasta el alta,en un solo documento.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un Benchmarking con otros centros.Las personas implicadas en esta fase fueron:la Dirección del Centro,la Responsable del Bloque,la Coordinadora y un cirujano.Se diseño el documento que se presentó a los profesionales implicados mediante una charla informativa.Se puso en marcha, a modo de prueba, en una intervención determinada, cirugía de cataratas, se hicieron las modificaciones oportunas hasta que se validó el documento definitivo.Se incluyó en soporte informatizado dentro de la historia médica informatizada.Y actualmente se esta aumentando el número de procedimientos quirúrgicos en los que se aplica,como son la cirugía anal, y la cirugía de tumoraciones cutáneas y subcutáneas.
Resultados obtenidos.
Al tratarse de un sistema estandarizado e informatizado y consensuado entre todos los profesionales implicados, la cumplimentación fue positiva desde el principio.Actualmente se utiliza en el 100% de intervenciones de cataratas y tumoraciones cutáneas y subcutáneas.La forma de medir su efecto, es que cada día vamos incorporando procedimientos nuevos, como son la cirugía del Síndrome del Túnel Carpiano, cirugía de Hernia umbilical, Artroscopias, cirugía de Quiste de ovario por laparoscopia y resectoscopias. y se mejoran los existentes a partir de las aportaciones recibidas por los diferentes profesionales implicados, ya que es un documento vivo.
Lecciones aprendidas.
Destacar la importancia del trabajo en equipo,que ha sido vital para poder consensuar las opiniones de los diferentes miembros. Nos permite la trazabilidad del proceso quirúrgico del paciente en todo momento.Es un instrumento que reduce el margen de error de todo tipo, de prescripción, de lateralidad en el caso de cirugía de cataratas, STC.Por último y no menos importante es cómodo para los profesionales que lo utilizan.

C-315

ADAPTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS A LA LEY DE MUERTE DIGNA

BALSERA TREJO, Mª ISABEL; NOSEA VAQUERIZO, JOSÉ LUIS; GARCÍA NIETO, ALEJANDRO Y PRIETO GUERRERO, M. MILAGROS.
Hospital de San Lázaro

Palabras Clave: Familia, Consuelo, Dignidad, Bienestar,Vida,Esperanza

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de San Lázaro.
Descripción del problema/necesidades.
Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de cada enfermo/a y de su familia. Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente; la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El Área Hospitalaria Virgen Macarena ha trabajado activamente en la implantación del proceso de Cuidados Paliativos en su área de influencia y cobertura de atención especializada. La misión de este proceso es promover la calidad de vida y dignidad de los pacientes en situación de enfermedad avanzada o terminal y sus familias, y llegado el momento, ayudar a una muerte en paz. La plantilla que atiende los casos de hospitalización está compuesta por dos especialistas en Medicina Interna, un especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, 12 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería y una trabajadora social, el Equipo de Hospitalización Domiciliaria incluye cinco especialistas en Medicina Interna, cuatro enfermeros, una auxiliar de enfermería, una Trabajadora social y una administrativa.
Resultados obtenidos.
El proceso de cuidados paliativos, como nexo de unión entre los profesionales y los ciudadanos, ha constituido el eje central de la tarea de los profesionales que integran la Unidad de Cuidados Paliativos en los tres meses que lleva en funcionamiento; el Hospital Universitario Virgen Macarena y su área se ha adelantado a la nueva Ley de Muerte Digna, apostando por la innovación y la mejora de servicios poniéndolos a disposición del paciente terminal y su familia.
Lecciones aprendidas.
Los profesionales sanitarios que atiendan al paciente en su fase terminal deberán informarle sobre su situación y respetar las decisiones que éste tome sin imponer sus opiniones personales, morales, religiosas o fisiológicas. El mejor modo de garantizar una muerte digna es poner a disposición de los profesionales de la sanidad los recursos técnicos y humanos necesarios para atender al paciente Terminal. La medicina paliativa implica un cambio en el esquema de poder: el profesional brinda su saber científico y experiencia pero son el paciente y la familia quienes deciden qué tratamientos seguir o suspender.

C-316

MEJORA DE LOS TIEMPOS PUERTA-BALÓN EN PACIENTES CON TRASLADO PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA.COORDINACIÓN INTERNIVELES.

MÓNICA FERNÁNDEZ QUERO; SARA BALLESTEROS PRADAS; LUIS DÍAZ DE LA LLERA; JOSÉ LUIS GARCÍA GARMENDIA; ÁNGEL SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y ÁNGEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

Palabras Clave: Coordinación interniveles, mejora continua, IAM

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío,Consorcio Sanitario Público del Aljarafe y representantes del 061
Descripción del problema/necesidades.
La angioplastia primaria (AP) es el método ideal de reperfusión del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Su aplicación está limitada por la disponibilidad de un equipo experto con capacidad para realizarla en menos de 60-90 minutos desde el primer contacto médico. Esta limitación se acentúa todavía más en hospitales sin Unidad de Hemodinámica que precisan de un traslado secundario a otro centro.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El objetivo de nuestra iniciativa era realizar AP las 24 horas del día y soluciones aportadas todos los días del año, no sólo a los pacientes de nuestro hospital sino también a los pacientes de un hospital comarcal con traslado secundario a nuestro centro consiguiendo esto con unos tiempos adecuados.
Resultados obtenidos.
Desde Febrero de 2005 hasta Octubre de 2008 un total de 120 pacientes con SCACEST han sido remitidos desde el Hospital San Juan de Dios de Bormujos hasta nuestro Hospital de forma urgente para realización de AP. La distancia entre ambos hospitales es de unos 12 km. Una vez iniciado el programa con traslado de enfermos para AP y a los 9 meses (fase I) decidimos valorar los tiempos con los siguientes resultados: FASE I Febrero 2005- Diciembre 2005 23 pacientes 65% varones Edad media 60 años Tiempo puerta-balón: 190 minutos La obtención de este tiempo puerta-balón hizo que se decidiera realizar una Reunión de Coordinación entre los representantes del 061 (responsable del transporte sanitario), de la Unidad de Hemodinámica y de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Juan de Dios para optimizar y adecuar los recursos mejorando los tiempos desde el contacto médico hasta la realización de la angioplastia. Los resultados posteriores a la Reunión fueron los siguientes (con mediciones periódicas): FASE II Enero 2006- Abril 2007 34 pacientes 73% varones Edad media 65 años Tiempo puerta-balón: 110 minutos FASE III Mayo 2007- Octubre 2008 63 pacientes 74% varones Edad media 61 años Tiempo puerta-balón: 80 minutos Estos pacientes de alto riesgo son ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios o en la Unidad Coronaria de nuestro Hospital. La estancia hospitalaria media fue de 6 días y la mortalidad a largo plazo del 4.9% (MEDIANA DE SEGUIMIENTO 20 MESES).
Lecciones aprendidas.
Con una adecuada coordinación interniveles es posible la realización de AP con traslado de pacientes desde hospitales comarcales a hospitales terciarios, consiguiendo unos tiempos puerta-balón adecuados y unos buenos resultados a largo plazo.

C-478

APERTURA DE DOS NUEVOS HOSPITALES EN UN ÁREA DE SALUD: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA GESTIÓN CLÍNICA COMPARTIDA

UBACH BADÍA,B.; CALDAS BLANCO,R.; CALVO MAYORDOMO, M.J.; HERNÁNDEZ DE LAS HERAS, T.; PANTOJA ZARZA, C. Y ALEMANY LÓPEZ, A..
GERENCIA AT. PRIMARIA AREA 1 MADRID

Palabras Clave: Coordinación, continuidad asistencial, procesos asistenciales compartidos

RESUMEN

Contexto de partida.
El Área 1 de AP del SERMAS,con 33 EAP atiende a 779714 personas.La continuidad asistencial y la coordinación con AE son líneas estratégicas de la organización, lideradas por la Dirección Asistencial(DA)
Descripción del problema/necesidades.
En febrero'08 se abren 2 nuevos hospitales en el Área, pasando a 4 loshospitales de referencia.Los protocolos de continuidad asistencial eran escasos,la tasa de derivación la más alta de la CAM y existían problemas con la gestión de 1ª consulta de agendas de AE.La organización de apertura de los hospitales se hizo en 2 meses, reordenando los circuitos de derivación e implantando un nuevo sistema informático de cita para gestionar las agendas hospitalarias.La nueva situación se plantea como una oportunidad de mejorar la continuidad asistencial con AE
Desarrollo y soluciones aportadas.
La estrategia se basa en las siguientes actuaciones:Planificar reuniones organizativas antes y después de la apertura con los equipos directivos,jefes de servicio y Sº de Admisiónde los 4 hospitales.Rediseñar los procesos de cita y gestión de las agendas de AE.Establecer la figura de responsable de coordinación con AE(RCAE) en los EAP.Elaborar protocolos de derivación y seguimiento de procesos asistenciales frecuentes.Implantar el Catálogo de pruebas diagnósticas accesibles desde AP.Informar y apoyar permanentemente a los equipos de coordinación de los EAP.
Resultados obtenidos.
Actividades realizadas en 18 meses:37 reuniones organizativas de la DA con los equipos directivos de los hospitales(13 previas a la apertura),15 con jefes de Sº(4 previas a apertura),3 con Sº de Admisión y jefes de UNAD.Se ha consolidado el circuito de gestión de agendas de Ae desde AP.Consensuados 10 protocolos de derivación/seguimiento.Abierta la solicitud de 3 nuevas pruebas diagnósticas.11 reuniones de coordinación de RCAE con jefes de Sº,10 de presentación de protocolos y 331 de los especialistas en los EAP.La DA ha mantenido informados permanentemente de cambios y acuerdos a los RCAE, coordinadores y jefes de UNAD, con apoyo individualizado a través de atención telefónica y e-mail.La tasas de derivación ha disminuido de 41/1000hab/mes en 2007 a 29 en 2008
Lecciones aprendidas.
Un problema inicial se ha convertido en una oportunidad de mejora. La AP debe liderar la coordinación con AE.La figura de RCAE en los EAP ha sido imprescindible en el proceso.Los resultados han sido mejores y la coordinación más efectiva en el hospital que ha implantado la figura de jefe de Sª de coordinación asistencial. la implicación de los profesionales de AP es mayor cuando el apoyo y la información es directa y premanente

C-479

LA GESTIÓN POR PROCESOS: UNA HERRAMIENTA PARA PROMOCIONAR Y FAVORECER LA EXCELENCIA ASISTENCIAL

CRESPO PALAU, JM.; RIUS RAFECAS, MA; MORALES SUAREZ, E.; GALBANY PADROS, J.; BUENO DOMÍNGUEZ, MJ. Y COLOMES FIGUERA, LL..
ABS VANDELLÒS-L'HOSPITALET

Palabras Clave: Gestión por Procesos, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

La Gestión por Procesos (GPP) está plenamente consolidada y desarrollada en nuestros Centros de Atención Primaria (CAP), siendo una herramienta imprescindible que garantiza la excelencia en la gestión de la dirección y calidad en todos los niveles, desde el propietario de un proceso individual hasta la alta dirección del centro

Descripción del problema/necesidades.

Con el objetivo de tener una visión global e integradora de la GPP se diseña, desarrolla e implanta una herramienta sencilla, de poco coste, ágil, de fácil interpretación y mantenimento, que ofrece una visión holística de la GPP, ayuda a la dirección, gestión y mejora continua de los procesos asistenciales a la Dirección de AP y a los CAP, y promociona y favorece la participación de los profesionales a través de Dirección Por Objetivos (DPO) y la excelencia en todas las asistencias

Desarrollo y soluciones aportadas.

Partiendo de: soluciones aportadas ·Documentación de procesos clave (5) y de soporte (4) de la GPP de los CAPs: Descripción, Gestión y Evaluación y Mejora ·Relación de los principales indicadores de las Areas de gestión y asistencial ·Documentación de todos los protocolos (asistenciales y no asistenciales) vigentes en los CAP ·Microsoft Office Se diseñan plantillas de Excel que integran la información más relevante y ofrecen una visión holística del estado de los Procesos Clave y de Soporte, los indicadores más relevantes agrupados por ámbitos y períodos y los Protocolos vigentes en los CAP, difundiendo la información a través de un espacio compartido en el servidor del Grupo (Documenta) y la coordinación e incorporación de cambios (mantenimento adaptativo)

Resultados obtenidos.

Para cada centro, confeccionamos 3 plantillas de Excel: 1ª: principal información de acciones de mejora de los procesos: código y descripción del proceso; propietario; descripción y grado de dificultad, acción de mejora y responsable, DPO sí/no; fecha de finalización y nivel de consecución trimestral 2ª: indicadores calculados más relevantes de los procesos agrupados por ámbitos y períodos 3ª: interrrelación entre protocolos vigentes agrupados por ámbitos de calidad y procesos y grado de consecución Se publican en el espacio Documenta, accesible a todos los mandos del CAP y del Grupo

Lecciones aprendidas.

El desarrollo e implantación de un sistema de información integrador de acciones de mejora, indicadores y protocolos con interrelación entre procesos clave y de soporte de los CAP ha permitido obtener una visión holística de los procesos, ha facilitado la implicación y participación de todos los profesionales, la coordinación, gestión y mejora continua en la Dirección de AP

C-480

COMUNICACIÓN TERAPEUTICA

NEREA LARRINAGA LLAGUNO; MAITE LARRINAGA LLAGUNO; CELIA MARCOS ALOR; JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; RAKEL GARCÍA ALEGRE Y SONIA DE LUIS .
Hospital de Basurto Osakidetza

Palabras Clave: Impacto de la Comunicación Eficaz

RESUMEN

Contexto de partida.

En la red de Osakidetza, en común con los centros de Basurto y Cruces por el personal de enfermería de medicina nuclear, neurocirugía, unidad coronaria

Descripción del problema/necesidades.

La relación terapeutica y eficaz que el profesional de enfermeria establece con el paciente, através de la comunicación, es la base para posteriormente llevar a cabo los cuidados de enfermeria. Dado que el paciente es un ser bio-psico-social, debemos de utilizar medios de información que nos permitan trabajar con la persona en su totalidad

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para una relación de comunicación, el profesional tiene que desarrollar su humanidad, que es la cualidad que en numerosas ocasiones los pacientes dicen apreciar más del profesional sanitario. El paciente no pretende que el profesional de enfermeria le comprenda en su totalidad, pero si que haga un esfuerzo por intentarlo. Los componentes básicos de la comunicación son: -Empatía -Escucha activa -Acompañamiento del paciente -Ayuda al paciente a incrementar su dignidad

Resultados obtenidos.

El paciente: •Siente que es el centro de los cuidados de enfermería •Se enfrenta a su reto de enfermedad •Mejora su problemática real o potencial •Se adapta a su nueva situación •Se siente acompañado •Identifica, siente, sabe y decide si quiere cambiar y como ha de hacerlo •Perficibe que su sufrimiento es creido y tomado en serio

Lecciones aprendidas.

La calidad de los cuidados que damos los profesionales de enfermería dependen sobre todo, de si responden a las expectativas del paciente. Una comunicación terapeutica es la metodología central en enfermeria, ya que es la manera en la que el profesional ve al paciente, como entiende lo que siente y piensa éste, y como se entiende así mismo en su rol de enfermero.

C-481

VALOR DE LA DOBLE LECTURA EN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA DE LA COMUNIDAD ANDALUZA

ROSARIO FERNÁNDEZ; MARINA ÁLVAREZ; MERCEDES ACEBAL; M. CARMEN MUÑÓZ; CARMEN ESCALERA Y PEDRO RUIZ.
HU REINA SOFÍA

Palabras Clave: Mamografía, cribado, Cáncer

RESUMEN

Contexto de partida.

En España todos los programas de detección precoz del cáncer de mama se asientan sobre pilares básicos comunes: son poblacionales, todos se dirigen a la población con edades comprendidas entre 50-65 años, la prueba mamográfica es bienal…. Sin embargo no hay homogeneidad en el sistema de lectura. Algunas comunidades hacen una lectura simple, en otros casos se hace una lectura doble, sin o con consenso. En Andalucía dada su gran dispersión y volumen de población diana y con objeto de aumentar la sensibilidad de la prueba, se optó por hacer una doble lectura sin consenso.

Descripción del problema/necesidades.

El impacto de un programa está determinado por su capacidad para detectar lesiones pequeñas y sutiles. Después de más de 10 años de funcionamiento nos planteamos si los recursos empleados en esta doble lectura están justificados, valorando el impacto de la doble lectura en el número de mujeres diagnosticadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Durante el año 2006 se han valorado en todos los hospitales públicos soluciones aportadas las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con edad comprendida entre 50-65 años. Posteriormente se han seleccionado las derivadas desde el programa de detección precoz.

De estas mujeres se ha valorado cuantas habían sido derivadas por el lector 1, cuantas por el lector 2 y cuantas por ambos lectores.

Se comparan las diferencias obtenidas entre ambos lectores mediante la prueba chi cuadrado. Se valora la concordancia entre ambos mediante el índice de Kappa.

Resultados obtenidos.

Tras la depuración de historias, obtuvimos durante el año 2006, 702 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama con edad comprendida entre 50 y 65 años, de las cuales 399 fueron derivadas por el programa de detección precoz.

Disponemos de las dos lecturas mamográficas en 390 pacientes.

El lector 1 derivó al hospital 285 paciente, y el lector 2 a 278 pacientes. 48 pacientes derivadas por el lector 1 no fueron derivadas por el lector 2, y 41 de las derivadas por el lector 2 no fueron derivadas por el lector 1.

La diferencia entre ambos lectores ha demostrado ser estadísticamente significativa.

El índice Kappa entre ambos lectores revela un acuerdo medio.

Lecciones aprendidas.

Según los resultados obtenidos, actualmente en nuestra comunidad está justificada la doble lectura de la mamografía, ya que ha aumentado la sensiblidad.

La formación especifica y mantenida de los radiólogos lectores mejoraría la tasa de concordancia entre ambos.

En un futuro la lectura asistida por ordenador (CAD) podría permitir la lectura por un solo radiólogo.

C-482

CÓMO MOTIVAR AL PACIENTE PARA CONSEGUIR LA PROGRAMACIÓN DE SUS INGRESOS EN LA PLANTA DE HEMATOLOGIA DE QUIRON MADRID

DE LA MADRIZ, MM; MARCOS MARTÍN, T.; EGEA ZEROLO, B.; LÓPEZ MARTÍN, E. Y MARTI USON, R..
Grupo Hospitalario Quirón

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

Servicio de Hematología de Hospital Quirón Madrid

Descripción del problema/necesidades.

Para una adecuada planificación del servicio es prioritario conocer la programación de los ingresos. El paciente conoce su fecha de ingreso, bien por orden médica o porque su tratamiento es cíclico (semanal, quincenal…). La idea surgió cuando el número de ingresos en determinados días eran mayores que el nº de camas disponibles, lo que conllevaba un tiempo de espera elevado para el paciente y un ritmo de trabajo acelerado en la limpieza de la habitación, las auxiliares de enfermería, las enfermeras sobrecargadas por el número de ingresos, los médicos con un aumento brusco de pacientes, la farmacia con preparación de ciclos… Con la mejora del porcentaje de ingresos programados se logrará una medida de satisfacción que se reflejará a la satisfacción del paciente al disminuir los tiempos de espera para realizar su ingreso en el servicio de hematología, teniendo su cama y hora de ingreso asignada.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La programación de los ingresos era necesaria no sólo para nuestra gestión de ingresos y personal, sino también para garantizar al paciente tiempo de espera = cero, en resumen una habitación asegurada. De este modo previa confirmación médica los ingresos se distribuyen a lo largo de la semAna de manera equitativa. 1) El paciente a su alta debe comunicar en admisión su próxima fecha de ingreso, facilitar sus datos y su nº de teléfono. 2) Admisión anota todos los ingresos solicitados por pacientes en una base de datos. 3) Supervisión de planta comprueba diariamente el nº de camas disponibles y de ingresos programados. Si algún día son excesivos, consulta con el hematólogo la posibilidad de posponer alguno de ellos, y le comunica esto a admisión, rellenando los campos correspondientes de la base de datos. 4) La persona de admisión del turno de tarde llama al paciente para confirmarle el ingreso y la hora aproximada. 5) Recepción e Ingreso

Resultados obtenidos.

La programación de los ingresos ha mejorado la gestión del personal y el trabajo del mismo, y además mejoró notablemente la atención al paciente y la tranquilidad que le supone acudir a ingresar con cama reservada. Del mismo modo cuando algún paciente acude a nuestro servicio sin programar su ingreso, y sin ser por urgencia médica que lo justifique, entiende y asume los posibles tiempos de espera.

Lecciones aprendidas.

Es un buen sistema para implantar una programación sencilla y útil.

C-483

INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE TRATAMIENTO LOGOPÉDICO EN UN ÁREA DE SALUD

UBACH BADÍA, B.; LADRON DE GUEVARA, C.; ALEMANY LÓPEZ, A.; CECILIA NAVAZO, J.; CALDAS BLANCO, R. Y HERNÁNDEZ DE LAS HERAS, T..
GERENCIA AT. PRIMARIA AREA 1 MADRID

Palabras Clave: Logopedia, Gestión de Recursos

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza en el Área 1 de At.Primaria del SERMAS, dentro de las actividades de coordinación asistencial con Atención Especializada.Intervienen la Dirección Médica y la secretaría de la misma

Descripción del problema/necesidades.
La logopedia forma parte de la Cartera de Servicios del SNS si hay patología de base y es tratada en el sistema.Se presta mediante Concierto suscrito por el SERMAS con un centro concertado(CC)hasta octubre'07.Las solicitudes de AP eran visadas por Inspección sin valorar pertinencia ni saber el nº y procesos atendidos.La mayoría son de pediatras que reciben demandas de derivación tras valoración psicopedagógica de los niños en colegios,sobre todo por dislexia sin patología de base. En esa fecha el concierto pasa a los hospitales de referencia;se adoptan medidas para racionalizar el uso del servicio, adecuar su prestación a los criterios establecidos y conocer cuanti y cualitativamente el tipo de procesos

Desarrollo y soluciones aportadas.
En octubre'07 se acordó un circuito con AE:las solicitudes se remiten a la DM, son visadas y enviadas por fax al CC.Se creó un registro con el centro de procedencia y facultativo,edad del paciente y proceso. Semanalmente se remite a los hospitales la relación de pacientes derivados para control de la facturación. En Julio'08 se envió a los coordinadores una carta recordando la necesidad de ajustarse a las indicaciones del tratamiento.En octubre'08 la DM en los casos en que las solicitudes no se adecuen a la CS,y no conste el proceso patológico de base, las devuelve a cada médico con una carta explicativa que sirva de apoyo ante la demanda de los pacientes.Se enviaron cartas a los colegios del área informándoles de las medidas adoptadas para disminuir la remisión de niños a pediatría tras las valoraciones psicopedagógicas

Resultados obtenidos.
El nº solicitudes/mes ha disminuido de 137 en octubre'07-junio'08, a 73 en julio'08-octubre'08 y a 56 en noviembre'08-abril'09.De las recibidas en este último periodo(339)han sido rechazadas el 40%(142),con disminución progresiva de este % que ha pasado del 56% en enero'09 al 28% en abril'09.El nº de procesos/mes ha disminuido en los 3 períodos: 167, 91 y 48. Para la dislexia las cifras son:48,19 y 10, pasando de representar el 29% de los procesos en el 1º período al 21% en el 3º

Lecciones aprendidas.
Las medidas adoptadas han sido efectivas para racionalizar el gasto de un proceso costeado por AE.La información individualizada al profesional es más efectiva que la comunicación global. La carta al profesional explicando el rechazo de la solicitud ha sido valorada positivamente como apoyo frente a las presiones de los pacientes

C-484

¡TODOS A UNA!

*PÉREZ RAMÍREZ, C.; TORRES MORENO, S Y GÓMEZ MONTES, C.
CS Las Lagunas

Palabras Clave: Equipo, Gestión, Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en un centro de salud de primaria, cuyos participantes fueron la dirección, el área de pediatría, médicos de atención primaria y la asociación de madres de la zona.

Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretendía manifestar la importancia del trabajo en equipo y de cómo las actitudes bien encauzadas solucionan problemas que a simple vista parecen irremediables. El principal problema era solucionar el mal ambiente laboral del centro de salud entre pediatras, médicos de urgencias, dirección y la insatisfacción de los usuarios por no haber una agenda de pediatría urgente establecida. El origen del mal ambiente laboral se analizó en profundidad en varias jornadas individuales y grupales, donde los profesionales manifestaron sus quejas y dieron soluciones en cuanto a las reclamaciones. Los usuarios emitían reclamaciones por tener que esperar turno al ser insertados en la agenda normal de consulta o por ser visto por un médico no pediatra.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se llevó a cabo por iniciativa de dos médicos junto con la dirección para analizar posibles soluciones y mejorar el trabajo en equipo y la gestión propia de posibles soluciones. 1fase: Observación de la magnitud del problema: Mal ambiente laboral en el área de urgencias al tener los médicos de familia, que atender población infantil. Grado de Burn out alto en los pediatras, gran número de reclamaciones maternas por el tiempo de espera en urgencias para ser atendidas. 2.Fase: Análisis y atención individualizada y reuniones grupales de la dirección con los pediatras para encontrar soluciones a los problemas planteados. 3fase: Puesta en marcha de las soluciones: creación de una nueva agenda con cobertura para la población infantil: urgencias, consulta a demanda y salud infantil. Mejora del ambiente laboral y menos reclamaciones.

Resultados obtenidos.
Al implicar a los pediatras en el problema y trabajar como un equipo se obtuvo una mayor motivación a la hora dar solución al problema. Los efectos se midieron sintiendo un ambiente laboral más distendido y una disminución en el número de reclamaciones hasta casi el 0%. Sin embargo el grado de Burnout no disminuyó, solicitando algunos pediatras comisión de servicio, a otra zona de la provincia por necesidad de "empezar de nuevo".

Lecciones aprendidas.
El trabajo en equipo bien liderado produce una gran satisfacción entre los integrantes. En el futuro se analizarán los posibles conatos de mal ambiente y se tendrá en cuenta la opinión de todos los miembros antes de llegar a estos extremos, potenciando las reuniones para exponer problemas y soluciones.

C-485

PLAN ESTRATEGICO DE FORMACION EN METODOLOGÍA ENFERMERA. EXPERIENCIA CORPORATIVA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE MURCIA

PAREDES SIDRACH DE CARDONA, A.; SAEZ SOTO, A R.; RAMON ESPARZA, T. Y LEAL LLOPIS, J..
HOSPITAL MORALES MESEGUER MURCIA

Palabras Clave: enfermería, formacion

RESUMEN

Contexto de partida.
El Plan Estratégico Común de Formación Continuada Sanitaria 2007 (PEC) es un proyecto formativo cooperativo, de la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud. Dentro de este plan estratégico común se han establecido líneas estratégicas formativas entre las cuales se encuentra la línea de "metodología enfermera / planificación de cuidados". El trabajo se realizó en todos los hospitales públicos (9) de la comunidad autónoma y dirigido a profesionales de enfermería.

Descripción del problema/necesidades.
Evitar la variabilidad formativa en metodología enfermera e implantar la utilización de taxonomías reconocidas para enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Esta línea permitió identificar necesidades formativas y desarrollar herramientas útiles. Se identificaron problemas de salud y cuidados de enfermería que anteriormente no se habían registrado o se registraban sin método científico. En el contrato de gestión de cada centro se identificaron para su medición, pacientes con planes de cuidados y diagnósticos de enfermería registrados, analizándose anualmente la evolución de los mismos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En 2007-08 se realizan cursos de formación de formadores dirigidos a profesionales con motivación en el tema, propuestos por las direcciones de los centros. Tenían como objetivo el desarrollo de actividades formativas en sus lugares de trabajo ajustadas a las necesidades y posibilidades de cada centro. Se implicaron las Direcciones de Enfermería, mandos intermedios de enfermería y enfermeras asistenciales. Cada centro estableció la estrategia idónea en su institución para el desarrollo del proyecto. Se desarrollaron en los centros actividades formativas sobre metodología de cuidados así como asesoramiento directo en unidades de hospitalización sobre planificación de cuidados y utilización de taxonomías.

Resultados obtenidos.
Durante 2008-09 se han realizado cursos de formación en todos los hospitales públicos de la región, con un mismo enfoque metodológico, adaptados a las necesidades y características del centro. Se han creado puestos de trabajo para asesorar en metodología a las enfermeras asistenciales. Partiendo de dos enfermeros con formación sobre metodología, se ha ampliado el número de profesionales formados para impartir actividades sobre metodología, con un mínimo de cuatro por centro. Las nuevas necesidades surgidas: adecuar los registros al nuevo marco conceptual de cuidados.

Lecciones aprendidas.
La formación de formadores es esencial para la implantación de nuevas formas de trabajo en empresas sanitarias. Es necesaria la adecuación de estrategias para cada centro.

C-486

INTERDEPENDENCIA ENTRE UNIDADES Y MATRICIALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN COMO ELEMENTOS IMPULSORES DE LA NEGOCIACIÓN CLÍNICA

POZO MUÑOZ, F. ; PINAZO LUQUE, J. ; FRAGOSO LUENGO, B. ; GARCÍA ORDOÑEZ, M.A.; MANTERO MUÑOZ, A. Y DURAN HOYOS, A..
HOSPITAL DE ANTEQUERA - AGS NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Gestión Clínica. Negociación Clínica.

RESUMEN

Contexto de partida.
Este proyecto de innovación en gestión clínica se realizó en las jornadas anuales de un área sanitaria, en las que participaron todos los responsables de UGC (34) y el equipo directivo de la misma (11).

Descripción del problema/necesidades.
La gestión clínica supone un proceso de rediseño continuo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Innovar en gestión clínica implica avanzar en la descentralización de la toma de decisiones, situándola en el marco de las unidades de gestión clínica. Pero para que esta descentralización sea a satisfacción de los directivos de las unidades, de los profesionales y de los directivos de la organización, es esencial que esté basada en un mutuo compromiso de corresponsabilidad, que debe alcanzarse a través de la negociación clínica. Se trata por tanto de darle valor a los resultados de la negociación entre clínicos y a través de esta estrategia potenciar las relaciones horizontales, dándole preeminencia al conocimiento clínico a la hora de fijar objetivos en los contratos de gestión.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En las jornadas se abordan cinco líneas estratégicas, siendo una de ellas la interdependencia de las unidades clínicas. Metodología: En una primera fase se construyó una matriz de doble entrada en la que se mostraban todas las posibles interrelaciones entre las unidades , solicitándose a los participantes que establecieran su nivel de interdependencia con cada una de las unidades, puntuándolo de 1 a 10, siendo 1 el nivel de interdependencia más bajo y 10 el nivel más alto. En una segunda fase se solicitó que reflejaran las principales áreas de contenido que compartían. En un tercera fase se integró la información, reflejando en una matriz de priorización la interrelación de las unidades: Interdependencia ALTA (Puntuación 7 a 10), Interdependencia MEDIA (Puntuación 3 a 6) e Interdependencia BAJA (Puntuación 0 a 2).

Resultados obtenidos.
Se obtienen dos productos principales.. 1. Mapa de interdependencia de todas las unidades clínicas del área sanitaria, clasificándose ésta en interdependencia alta, media y baja. 2. Banco de objetivos de contenido clínico basado en la negación clínica. El resultado final fue la traslación de estos objetivos a los acuerdos de gestión de las unidades en función del nivel de dependencia.

Lecciones aprendidas.
La negociación clínica es un instrumento que permite innovar en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

C-487

EVALUACION DEL CIRCUITO DE ASISTENCIA A LOS HIPERFRECUENTADORES SIN CITA (NO URGENCIA) EN UN CENTRO DE SALUD.

RUIZ ESCOLAR, S.; MARTÍN MARTÍN, M.A.; HERNAEZ CORBEÑO, M.A.; RODRÍGUEZ BEJARANO, M.D. Y HUESO QUESADA, M.R..
E.A.P. VALDEBERNARDO

Palabras Clave: Hiperfrecuentador. Sin cita.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó en un Centro de Salud urbano de Madrid.
Organización: Centro de Salud del Área 1 de Atención Primaria del SER+MAS.
Los estamentos implicados fueron todos los miembros del equipo de atención primaria (unidad administrativa y sanitarios médicos y enfermeras).

Descripción del problema/necesidades.
El proyecto actuó sobre pacientes que demandan asistencia sin cita (excluyendo la urgencia), que querían ser atendidos en el momento, rechazando cita en la agenda. Se instauró un circuito de atención y se les identificó como "hiperfrecuentadores sin cita".
El objetivo era disminuir la presión asistencial de estos pacientes, así como conocer el motivo de dicha consulta (clínica, administrativa, recetas, informes) y establecer áreas de mejora.
El sanitario reflejaba la causa de la asistencia en el documento de atención.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Elaboración de un listado de pacientes atendidos sin cita durante 2007. Se depuró dicho listado, identificando como "hiperfrecuentadores sin cita" a los que acudieron en seis o más ocasiones. Siendo un total de 240 pacientes.
En ellos se grabó un flash en su ficha informática.
Al solicitar asistencia en el momento, se le ofertaba una cita, y si la rechazaba, se le entregaba una hoja informativa, indicándole las características de la atención sin cita. El sanitario atendía al paciente, le daba la misma información, resolvía la demanda y rellenaba la ficha de registro.
Fases del proyecto: identificación de los pacientes incluidos en el proyecto, desarrollo durante un año, recogida de datos del proceso y evaluación del proyecto, estableciendo medidas de mejora.

Resultados obtenidos.
Sólo 20 de los 240 pacientes incluidos en el proyecto, volvieron a ser atendidos sin cita (8% de los mismos), tras evaluar el registro en el sistema informático de los 240 pacientes.
Motivos de consulta: síntomas de inicio agudo y reciente (63%); demanda reiterada (11%), fuera de hora (8%), administrativas (7%) y recetas (5%) y otras (6%) Necesidades detectas: reformar agendas, creando huecos flexibles entre las citas a demanda y otros ,al finalizar la consulta, de tipo administrativo.
Respecto a los 20 pacientes detectados, informar a sus respectos médicos para valorar otros aspectos (personales, familares, sociales) para intervenición.

Lecciones aprendidas.
Elaborar agendas que deben de ser más flexibles y adaptadas a la demanda.
Mantener en el proyecto a todos los estamentos: no sanitarios y sanitarios.
Identificar e intervenir en pacientes con problemática socio-familiar.

ÁREA TEMÁTICA

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC)

Á

E-27

COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LA PRESTACIÓN DE LOGOPEDIA

ABÓN SANTOS, A.; SEBASTIAN ACHÚTEGUI, R.; JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, C.; GARCÍA BUENO, JA.; BARBA CALDERÓN, M. Y MAYOL CANAS, J..
GERENCIA ÁREA 8 ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras Clave: Coordinación, Eficiencia, Logopedia

RESUMEN

Contexto de partida.

La Logopedia (prestación de Cartera de Servicios Comunes de Atención Especializada – AE), hasta 2008, era prescrita por médicos de Atención Primaria (AP) y AE, visada por Inspección Médica (IM) y prestada por servicios externos concertados En AP existían solicitudes de Equipos de Atención TemprAna (EAT) y Equipos de Orientación Psicopedagógica (EOP) con indicaciones no incluidas en cartera de servicios (CS).

Descripción del problema/necesidades.

En 2008 se recibe Instrucción de Dirección General de AP para adecuar las solicitudes de Logopedia al RD 1030/2006 (no se aplicaba). Instituciones implicadas: Consejerías de Educación y Sanidad y Ayuntamientos de Alcorcón y Móstoles.

Nuestras necesidades, por tanto, eran: •Elaborar un procedimiento que cumpliese la Instrucción de la Dirección General y, por tanto, el RD.

•Coordinar a todas las instituciones implicadas.

•Procurar la adecuación de las derivaciones, que ya no precisan el visado de la IM.

•Evaluar la situación de las derivaciones a Logopedia: nº solicitudes, primer tratamiento/sucesivos, adecuación a CS y necesidades de la población.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La Dirección Médica de AP programó dos reuniones de trabajo con soluciones aportadas cada una de las partes implicadas en la solicitud de atención o en su tramitación: AE, EAT y EOP de Móstoles y Alcorcón.

Con AE se unifica la hoja de solicitud y se diseña circuito de solicitud, visado y envío a Admisión para cita en clínica concertada.

Con EAT y EOP se definen canales de derivación rápida con AP, adecuando la solicitud a sospecha de patología subyacente. Para su conocimiento, se determina la realización de sesiones clínicas docentes en cada centro.

Resultados obtenidos.

Quedó rediseñado el circuito de derivación y el procedimiento de solicitud de Logopedia.

Se establecen indicadores de resultado (adecuación de solicitudes y disminución de solicitudes de renovación) y un indicador centinela (tramitación de nuevo tratamiento no contemplado en CS) para su seguimiento y evaluación Se realizó difusión personalizada a todos los médicos de AP y se colgó en la intranet del Área.

Lecciones aprendidas.

La Gestión Intermedia para implantar un procedimiento y circuito asistencial interinstitucionales debe basarse en la coordinación y consenso entre actores.

La formación y difusión a todos los implicados en un cambio es clave para que pacientes y profesionales lo vivan positivamente.

La correcta adecuación al RD en vigor supondrá una mejora de la eficiencia.

Existen necesidades en la población no cubiertas por el sistema sanitario que generan un sentimiento de indefensión en el paciente y que habría que evaluar.

E-28

¿DISCAPACITADOS? SI, PERO NO INCAPACITADOS,POTENCIEMOS LA AUTONOMÍA

GUITERAS MAURI, C ; RAMON BOFARULL, I; BAU FONT, D; CARRERA GOULA, R ; CASTELLANO PLUJÀ, J Y ANGLADA ARISA, A.
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

Palabras Clave: discapacitados, asociaciones, necesidades, entrevista semiestructurada

RESUMEN

Contexto de partida.

La OMS tiene como principio la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Atender a personas con algún tipo de discapacidad o dependencia requiere conocer las necesidades y características especiales de los afectados. Basándonos en los principios de integración, participación, información y potenciación de la autonomía, y en el contexto de relación institucional con las asociaciones, propusimos conocer las necesidades e inquietudes de personas con necesidades especiales. En el trabajo están implicados la propia Gerencia, las Direcciones Asistenciales, de Gestión de Clientes y Servicios Generales y el Servicio de atención al Cliente.

Descripción del problema/necesidades.

El desconocimiento de las necesidades de las personas con discapacidades limita la mejora de la atención e impide adaptar el entorno técnico y arquitectónico.

Desarrollo y soluciones aportadas.

A raíz de algunas reclamaciones se planteó realizar una Entrevista semiestructurada con los responsables de Asociaciones de afectados (ONCE, sordo-mudos y disminuidos físicos), analizando: Barreras arquitectónicas, adaptación del entorno, ayudas técnicas, comunicación y conocimientos de los profesionales. Se hizo una visita in-situ con discapacitados para ver los problemas reales. Discusión de los resultados con los jefes implicados y adopción de acciones de mejora.

Resultados obtenidos.

Se dispone de un listado de requerimientos de: Accesibilidad (identificación de barreras arquitectónicas,..), Acceso a la información y comunicación (Braille, grabaciones, digitalización, Web accesible). Trato y acompañamiento: (preguntar si requiere ayuda, permitir independencia y autonomía, mirar al paciente de cara, vocalizar,…) Especificidades en el entorno sanitario: Programación de visitas telemática o fax, avisos por megafonía, rótulos luminosos, aceptar la presencia de intérpretes. Acciones realizadas: Elaboración de un ckec-list (120 indicadores) con las necesidades detectadas que permiten un análisis rápido de espacios o servicio. Realización de obra nueva atendiendo a los requerimientos. Previsión de inclusión del tema en el Plan formativo.

Lecciones aprendidas.

Los profesionales sanitarios tienen poco conocimiento de las particularidades y trato a los pacientes afectados. Se derivan propuestas de mejora que exigen la elaboración de un plan que contemple plazos y tiempos. Participación de las Organizaciones en la planificación y evaluación de las mejoras del centro.

E-29

MERCADO, BIOFARM, CLÍNICOS, SEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD POST-FASE III: RETENIENDO LA CONFIANZA.

MARÍN GÁMEZ NICASIO; KESSEL-SARDIÑAS HUMBERTO; LÓPEZ-PALMERO S.; ROBLES C.; ANTÓN FRCA. Y DIRECCIÓN GERENCIA.
CHT. SSPA. CH TORRECÁRDENAS

Palabras Clave: reputación, seguridad, confianza, conflictos intereses, RSC

RESUMEN

Contexto de partida.
Almería, sep-08 a may-09. Proyecto iniciado en el CHT. SSPA. Unidad de Gestión Clínica de Medicina, en el contexto de una unidad Formativa acreditada (Mejora_F) en 2008, denominada "transferencia del conocimiento". Los profesionales implicados: FEAs, MIRs, jefes, y Director de la UCG; Dirección Médica a través de la Subdirectora de Calidad-Competencias y Gestión del Conocimiento y la Dirección Gerencia.
Descripción del problema/necesidades.
Evaluación crítica y seleción sobre ensayos cínicos y/o meta-análisis públicados en soporte físico (The New Eng J Med, Lancet, JAMA, British Med J) o vía web acreditadas internacionalmente que hayan resultado más relevantes y que abordaran como objetivo primario la seguridad de los pacientes.
Consecuencias: aumento la sensibilidad sobre fármacos y prácticas inerciales con potenciales efectos graves. Selecionamos robustas asociaciones entre " exposición, riesgos destacables y eventos tangibles con aplicabilidad real directa"
Desarrollo y soluciones aportadas.
desarrollo 30 sesiones de 1 hora/sem en transferencia del conocimiento desde la bibliografía. Participaron 10,5 (5-16) Feas de 22 elegibles; se implicaron 4,7 (3-7) en la lectura. La difusión se canalizó a través del plan de formación de la UGC y la Subdirección. Se abordó la acreditación de la Unidad Formativa, después se hizo la propuesta a Gerencia y la cumplimentación de la aplicación Mejora_F. Tras la acreditación inicio de sesiones, 15 en cada semestre 08-09.
Resultados obtenidos.
Selección 5 topois claves por su impacto. Representaron "una bandera roja" de seguridad: LABAs y > mortalidad en asma; Neurolépticos en ancianos, > intevalo QT y muerte súbita; Tiazolidindiona, diabetes tipo II y efectos negativos cardiovasculares; Potenciación de estatinasezetimiba y discutible asociación con >mortalidad por cáncer. La resolución de problemas recae en crear conciencia sobre: seguridad, primacía del enfermo, asimetrías (legítima maximización del beneficio y efectividad de la práctica clínica real) Otros: la estrategia reforzó el clima de seguridad, apoyó la práctica orientada a desvelar posibles conflictos de intereses con la empresa biomédica; y resaltó el tandem VALOR-Compromiso.
Lecciones aprendidas.
Las estrategias en conocimiento trasladado a los pacientes y centradas en seguridad clínica, con expresa evaluación de los posibles conflictos de intereses, pueden ser modelos aplicables y referentes que favorezcan retener la confianza de los ciudadanos en los clínicos, la reputación de éstos como garantes públicos de su salud y son, a nuestro juicio, una aportación efectiva en Responsabilidad Social Corporativa.

E-30

SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL COMPROMISO DE TODOS LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

TAFALLA BORDONADA, C; FIDALGO,B; MONDELO, B; VINUESA SEBASTIAN , M Y GRANADOS ULECIA, C.
HOSPITAL DE MÓSTOLES

Palabras Clave: Sostenibilidad, Medioambiente ,Contaminacion , Consumo,Residuos

RESUMEN

Contexto de partida.
En la adecuada gestión medioambiental para lograr la sostenibilidad participan todos lo trabajadores del Hospital, siendo coordinada por la Unidad de Calidad y las diferentes Áreas de Gestión Ambiental (AGA)
Descripción del problema/necesidades.
La protección y promoción de su salud es un compromiso con la problema/ sociedad y en especial en el ámbito hospitalario. Debemos mejorar necesidades la situación de los determinantes sociales de la salud de la población como la calidad del medioambiente , con la reducción , la adecuada segregación de los residuos, los riesgos, la contaminación y los consumos de recursos naturales obtenemos más calidad, eficacia y sostenibilidad. Se identificaron los aspectos ambientales significativos .Realizando su control operacional. Estableciendo AGA y responsabilidades clave. Analizando la normativas legales .Se establecieron objetivos, metas e indicadores ambientales
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se elaboró la Política ambiental y de calidad en 2006 la cual define la gestión medioambiental y de calidad En junio 2007 se comenzó a implantar un Sistema de Gestión Ambiental en todo el Hospital , finalizando en diciembre de 2007 Se realizaron entrevistas con el personal de las AGA para obtener información referente a las prácticas que se realizaban, se realizó un análisis para estudiar oportunidades de mejora. Se realizaron reuniones con los responsables de cada Unidad o Servicio y sesiones dirigidos a todos los trabajadores
Resultados obtenidos.
La Implantación de un Sistema de gestión Ambiental (SGA) basado en las normas ISO 14001. Realización de auditorias internas para verificar la implantación y reconocimiento del SGA por una entidad externa que certificó la conformidad con la Norma ISO 14001 en 2007. Se ha promovido la participación y la motivación entre los trabajadores en la adecuada gestión medioambiental , lo cual es una garantía de seguridad en la calidad del servicio sanitario. Mediante la realización de encuestas a los trabajadores se observó la necesidad de realizar más cursos de formación
Lecciones aprendidas.
La gran diversidad de los procesos hospitalarios. La sensibilización de los trabajadores por el medioambiente. La necesidad de asignar los recursos humanos y materiales adecuados
Realización de formación previa de los trabajadores .Ampliación del cronograma de la implantación Se debe planificar adecuadamente el SGA hospitalario, para con los recursos que disponemos, poder implantar , lograr el afianzamiento de la sostenibilidad medioambiental y la promoción de la salud

E-31

5 AÑOS DE GESTION AMBIENTAL EN EL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

SOLOZABAL ORBEGOZO K.; TORO-SÁNCHEZ L.; VILLA-VALLE R.; GALLEGO-CAMIÑA I.; CHUECA-AJURIA A. Y GÓMEZ-INHIESTO E..
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

Palabras Clave: Medio Ambiente-RSC

RESUMEN

Contexto de partida.

La buena práctica que se presenta se ha realizado en el Hospital General de Agudos de Galdakao-Usansolo (HGU), con una cobertura de unos 300.000 habitantes. Los impulsores de este proyecto han sido el Equipo de Dirección y el Equipo de Mejora Ambiental integrado por: Dirección, Mantenimiento, Hostelería, Aprovisionamiento, Enfermería, Medicina Preventiva, el proveedor de energía y el de limpieza, y la Unidad de Metodología de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

EL HGU apostó por el Modelo EFQM como modelo de gestión, dando los pasos alrededor de una gestión eficiente de los recursos y con una visión orientada hacia la Responsabilidad Social Corporativa. El compromiso por la mejora medioambiental viene ya de lejos, desde sus comienzos el centro se ha preocupado por los impactos que produce, empezando por la correcta gestión de los residuos y continuando con la compra verde o el uso de energías verdes.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Las fases de desarrollo han sido las siguientes; en 2004 se realizó el primer diagnóstico medioambiental alcanzando la certificación Ekoscan de IHOBE en 2005. Dicha certificación se ha ido renovando con la implantación de los planes de gestión medioambientales correspondientes y con el de adecuación legislativa. En el 2007 se incorpora la Dirección Económico-Financiera en el equipo medioambiental, impulsando así el compromiso del HGU con el medioambiente. En 2008 obtuvimos la certificación Ekoscan Plus con el cumplimiento total de los requisitos legislativos. Este año también se obtiene la clasificación A+ de la verificación GRI de RSC. Estando en la actualidad en la fase de certificación de la Norma ISO 14000

Resultados obtenidos.

1) Plan de gestión de residuos del HGU 2) Constitución del Equipo de Mejora ambiental 3) Firma del compromiso medioambiental, 4) Definición y monitorización de la batería de Indicadores medioambientales 5) Implantación de 5 ciclos de mejora desde el 2004 6) Certificación Ekoscan desde el 2005 7) Plan de comunicación medioambiental; revista, intranet, etc. 8) Celebración del Día Mundial del Medio Ambiente desde el 2007 9) Apuesta por energía verde con la implantación de plazas fotovoltaicas 10) Compra verde.

Lecciones aprendidas.

1) Componer un Equipo de Mejora Ambiental multidisciplinar para captar toda la información 2) La necesidad de realizar una labor de difusión y formación para mejorar la colaboración del "personal" y 3) la implicación del equipo de dirección para asegurar la consecución de proyectos. 4) La implantación progresiva de mejoras y avances ha permitido preparar al HGU para la certificación 14000.

E-32

¿Y LA SALUD DE NUESTROS PROFESIONALES? MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES CON OHSAS 18001

LÓPEZ ORTIZ, M.*; GARCÍA FERNÁNDEZ, J.A.; ALONSO ENCINAS, M. ; GONZÁLEZ ÁLVAREZ, M., ; MACIAS ROMERO, I. Y HOSPITAL DE ZAMUDIO - OSAKIDETZA.
Hospital de Zamudio - Osakidetza

Palabras Clave: Salud laboral, PRL, OHSAS 18001, RSC

RESUMEN

Contexto de partida.

Tras un favorable diagnóstico de la situación en materia de PRL, Osakidetza seleccionó al Hospital de Zamudio, junto con otras 3 organizaciones, para pilotar la Certificación OHSAS 18001. La Dirección del centro nombró un equipo de trabajo, constituido por profesionales sanitarios y no sanitarios, que ha contado con el apoyo del Servicio de Prevención de Osakidetza.

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto tiene por objetivo mejorar el sistema de gestión de la PRL del Hospital, utilizando los requisitos de la OHSAS 18001 y los requisitos corporativos de Osakidetza, para lograr la certificación tras superar auditoría externa.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se inició con formación en OHSAS 18001. Servicios Centrales definió la estructura documental del sistema y sus contenidos. El centro colaboró en la revisión de los procedimientos. De forma simultánea se fueron implantando las nuevas sistemáticas de trabajo y registros. Se diseño el proceso de gestión de la PRL que integraba los nuevos requisitos OHSAS, los requisitos de Servicios Centrales y las sistemáticas de gestión del Hospital. Se trabajó la implicación de los trabajadores implantando nuevos canales de comunicación e impartiendo formación al 90% de la plantilla. Finalmente se realizó la evaluación de la eficacia a través del cumplimiento de objetivos y acciones y del nivel de avance de implantación de nuevos requisitos. Se presentó esta información a la dirección que realizó la correspondiente revisión. Se han realizado las auditorías internas y externas

Resultados obtenidos.

Los efectos del proyecto se evidencian a través de una larga lista de mejoras incorporadas a la gestión de la PRL. Sin embargo, los resultados en términos de salud de los trabajadores son aún difíciles de cuantificar, si bien, en el último año han disminuido los accidentes (Índice de incidencia: 2007: 42,43; 2008: 38,46) y su gravedad(Índice de gravedad 2007: 0,78; 2008: 0,35), se ha incrementado la satisfacción de los trabajadores (2005: 4,88; 2008: 5, 68) y se mantiene la tendencia descendente en el índice de absentismo (2007: 12,96%; 2008: 10,48%)

Lecciones aprendidas.

Una de las mayores dificultades encontradas fue la de evaluar la eficacia de las sistemáticas implantadas, es decir, si consiguen minimizar el impacto de los riesgos laborales. Por ello, resulta imprescindible clarificar desde un primer momento cuáles deberían ser los resultados a alcanzar (objetivos y metas) y establecer un sistema de recogida de información que permita alcanzar conclusiones. Otra clave para asegurar el éxito es la integración de la PRL en la gestión del centro

E-101

LA GESTIÓN DE LA RSC, UN ELEMENTO ESTRATÉGICO FUNDAMENTAL: RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE SU IMPLANTACIÓN EN NOVARTIS

TARRES, M.; MARZO, C.; LÓPEZ, M.J.; GIMENEZ-ARNAU, J.M.; CASERO, A. Y BALLESTER, F..
NOVARTIS FARMACEUTICA S.A

Palabras Clave: Novartis; Responsabilidad Social Corporativa; Codigo Conducta

RESUMEN

Contexto de partida.

La necesidad de que las empresas tengan en cuenta criterios de ética y de responsabilidad social en sus actuaciones diarias parece estar ampliamente aceptado. Novartis manifestó su compromiso en materia de sostenibilidad con la aprobación del Código de Conducta (1999), su adhesión al Pacto Mundial de las Naciones Unidas en 2001 y promulgación de su política de Civismo Empresarial. La implantación y el trabajo de diseño de RSC se realizó con la participación de las áreas corporativas de Comunicación, Relaciones Sanitarias, Jurídica, Recursos Humanos y Finanzas en un trabajo interdisciplinar.

Descripción del problema/necesidades.

¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Qué consecuencias tuvo en la atención a los pacientes? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La aplicación e interpretación de la Ley de Sabanes-Oxley ha generado múltiples controversias. En 2004 Novartis señala la determinación de dirigir sus negocios no sólo de acuerdo con todas las regulaciones y requisitos legales, sino también de una forma ética. El proyecto surgió con el objetivo fundamental de prevenir un impacto negativo en el negocio y en su reputación, y se tuvo en cuenta que es un grupo farmacéutico asentado en más de 140 países.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto tuvo una fase inicial de 1 año, una fase de ejecución de 2 años y una fase de seguimiento, evaluación y mejora continua. Las soluciones aportadas supusieron la elaboración de un Código de Conducta, la adhesión al Pacto Mundial de las Naciones Unidas, la elaboración de una Política de Civismo Empresarial, el establecimiento de Programas de acción social (acceso a medicamentos y enfocados en malaria, lepra, tuberculosis, dengue…), la transparencia informativa y la formación continuada sobre cumplimiento ético obligatorio para todos sus empleados.

Resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos están relacionados con todo el entorno de mejora de la reputación interna y externa de la Organización e implica la gestión integra de distintas piezas: ética y buen gobierno, innovación, productos y servicios (calidad), entorno de trabajo, RSC, resultados financieros y liderazgo. Además fomenta la atracción y retención de talento y mejora notablemente el clima laboral. Los resultados han tenido medidas externas independientes mediante encuestas y ranking de reputación (Etisphere 2009, Dow Jones Sustainability Super Sector Leader 2008, MERCO).

Lecciones aprendidas.

En conclusión, la empresa debe hacer bien aquello que le corresponde hacer, la producción y distribución eficiente de bienes y servicios realmente útiles a la sociedad. La ética y la RSC así como sus riesgos y oportunidades pueden gestionarse como otros aspectos de la actividad empresarial, y deben establecerse planes de acción.

C-1041

BUENAS PRÁCTICAS DE MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN UN CENTRO SANITARIO

ANA RODRÍGUEZ CALA; GERARD FERRER VALDÉS; PEDRO VILLANUEVA HERNÁNDEZ; ANA PONS RODRÍGUEZ; RACHIDA ANROUCH Y LARISA ABRAMENCO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA

Palabras Clave: Buenas prácticas, Mediación e Interculturalidad

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Es el Hospital de referencia para la provincia de Lleida, tiene 450 camas y en los últimos 5 años ha aumentado el número de usuarios de otros países, sobre todo del Magreb, de África subsahariana y de países del Este (un 14% en hospitalización y un 49% en obstetricia).

En el trabajo estuvieron implicados, médicos, matronas, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales, psicopedagogo, federación de asociación de vecinos, mediadoras y gestores

Descripción del problema/necesidades.

Pretendía facilitar la accesibilidad de la población inmigrante en el hospital Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes y mejorar el diagnostico, tratamiento y educación sanitaria de pacientes inmigrantes Las mediadoras colaboran con los profesionales sanitarios en la comunicación con los pacientes y familias, dan soporte y ayudan a los usuarios a tramitar la tarjeta sanitaria, contactan con la trabajadora social, hacen el seguimiento de algunos tratamientos, ayudan en la traducción de documentos y colaboran en la educación sanitaria .

El problema más importante era la falta de comunicación que repercutía en la asistencia y en el seguimiento de la enfermedad El problema se manifestaba en Urgencias, en obstetricia, y en otros servicios: nefrología, pediatría, consulta de eco prenatal y hospitalización.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se contratan 3 mediadoras una del magreb, otra de África soluciones aportadas subsahariana y otra de país del Este Todos los profesionales del hospital (médicos, enfermeras, matronas, auxiliares, etc.) Reuniones formales con los mandos y presentación personal por servicios.

A través de medios de comunicación (prensa local, TV y radio). Programa piloto (duración 2 meses) Consolidación del programa de mediación continuando hasta la actualidad

Resultados obtenidos.

Evaluación de la actividad de las mediadoras Evaluación de la satisfacción de profesionales, de usuarios y de mediadoras Diseño de documentos y material audiovisual (tripticos, DVD de LM).

Ayudan en la comunicación a profesionales y a pacientes y colaboran en la traducción de documentos Sensibilizar y formar a profesionales en diferentes culturas

Lecciones aprendidas.

Mayor beneficio que coste (para pacientes, para profesionales, y también para gestores). Las mediadoras colaboran con el departamento de facturación, en accidentados y ayudando en la gestión del traslado a otros centros o al país de origen.

La jornada laboral de 7 horas La empatia que generan las mediadoras entre profesional y usuario

C-1042

CENTRO DE TARDE INFANTOJUVENIL PARA PATOLOGÍA MENTAL GRAVE EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA / OSAKIDETZA

LEKUONA SANZ, L. *; ROPERO MUGICA, R.; IRUIN SANZ, A.; GUTIERREZ IRADI, J.L. Y ARZAMENDI BERRAONDO, M.J..
OSAKIDETZA / SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA

Palabras Clave: Patología Mental Infantil, Intervención Precoz

RESUMEN

Contexto de partida.

Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa (asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio) promueve la creación de programas de atención específica y recursos intermedios necesarios. 1 objetivo inherente al trabajo es el bienestar de la población que atendemos, así, se inicia 1 proyecto para atender a un colectivo de la sociedad (niños entre 4-8 años), que debido a sus características, corre riesgo de exclusión social. Objetivo: intervención precoz para evitar la evolución hacia la cronificación. Lo lidera un psiquiatra infantojuvenil; se une 1 psicólogo, 1 enfermera y 1 psicomotricista

Descripción del problema/necesidades.

La necesidad se identifica a través de la práctica clínica: creciente demanda de atención de problemas psiquiátricos graves iniciados a edades menores (niños entre 4 y 8 años con patología mental grave y dificultades de integración en su medio). En el entorno más cercano únicamente hay experiencias en hospitalización y para franjas mayores (11-17 años). Se inicia un proyecto de investigación en la zona de Donostia antes de proceder a la generalización en el resto del territorio, adaptando el servicio a las necesidades de los niños; atención de tarde sin interferir en su escolarización

Desarrollo y soluciones aportadas.

1ª propuesta: derivada de una jornada de trabajo de los profesionales en Junio 2004 acerca de los trastornos graves en la infancia 1er borrador: Junio 2005 Visto bueno para su desarrollo. Visita a unidades de referencia: Ginebra, Diciembre 2005 (Institución Clairival e Institución de Comptines. Hospital de Bel-Air) Financiación como Línea de investigación en 2006 Proyecto definitivo: Marzo 2006. Primera fase (4 niños): Mayo 2006. Segunda fase (4 niños): Enero 2007. Tercera fase: Incorporación progresiva tras el verano 2007, hasta un máx de 12

Resultados obtenidos.

Resultados = beneficios en salud: mejora sintomatológica, intervención precoz, prevención secundaria, integración social/familiar y desarrollo personal del niño, medido a través de la impresión clínica, seguimiento continuado, el instrumento de evaluación IDEA y 1 encuesta a padres (recoge la percepción de la evolución del niño). Los resultados económicos en cuanto a costes se comparan con el coste de la hospitalización psiquiátrica

Lecciones aprendidas.

La fuente de información más relevante en cuanto a innovación son nuestros profesionales. Estamos ideando un “Sistema de vigilancia Tecnológica” (en psiquiatría infantil la tecnología tiene un sentido diferente: la palabra, las habilidades de manejo y relación son las tecnologías terapéuticas más empleadas). Se presentarán las principales líneas de trabajo

C-1043

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS. PASADO Y PRESENTE EN EL HOSPITAL LOS ARCOS.

SAURA-PIZARRO, MD; MUÑOZ SÁNCHEZ, M.; LÓPEZ VILLANUEVA, M.; JIMENEZ GARCÍA, MC; LOZANO BALLESTER, MJ Y MORCILLO PALACIOS, P..
HOSPITAL LOS ARCOS

Palabras Clave: Cuidados, Continuidad, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se llevó a cabo en el Hospital Los Arcos, estando implicados: Dirección de Enfermería, Unidad de Calidad, supervisores, enfermeros de las unidades de hospitalización y equipos de enfermería de los centros de salud de nuestra área.

Descripción del problema/necesidades.

Asegurar la continuidad de los cuidados enfermeros tras el alta hospitalaria. Mejorar la coordinación entre los dos niveles asistenciales. Hasta el inicio de este proyecto no había ningún sistema de comunicación entre enfermería hospitalaria y de AP, en lo referente al seguimiento del paciente dado de alta.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En septiembre del 2007 se inicia en el Hospital Los Arcos, la emisión del informe de continuidad de cuidados (ICC), con un modelo corporativo basado en los patrones funcionales de M. Gordon. Fueron motores del proyecto la Dirección de Enfermería y la Unidad de Calidad. Actuaciones de implantación:sesiones de enfermería monográficas, formación en metodología y contacto telefónico con los coordinadores de los centros de salud. La forma de envío establecida era por mediación del paciente, el ICC se les daba al alta con la indicación de que lo entregarán al enfermero responsable de sus cuidados en el centro de salud.

Resultados obtenidos.

En diciembre del 2008 se realiza un estudio cuantitativo y cualitativo de los ICC emitidos. Resultados: informes emitidos, 54% del total de pacientes que precisaban ICC al alta; el estudio cualitativo destaca como puntos fuertes, una correcta cumplimentación del documento, y como áreas de mejora, aumentar el nº de informes emitidos y del personal implicado en su realización. Informes recibidos en atención primaria:10% de los enviados. Acciones de mejora puestas en marcha tras análisis de resultados: reuniones con supervisores de hospitalización y compromiso por su parte de mayor implicación en el proyecto (aumentar nº de ICC emitidos y de personal que los realice), reuniones con los equipos de AP, diseño de un nuevo sistema de envío del ICC y elaboración de una hoja de registro para conocer con fiabilidad los informes que llegan a los centros y los pacientes a los que se les realiza seguimiento.

Lecciones aprendidas.

Como conclusiones destacamos: el envío del ICC en manos del paciente no es una herramienta válida para alcanzar los objetivos propuestos. Detectamos fallos en la implantación derivados de que todas las actuaciones se realizaron en un periodo de tiempo limitado, sin volver a incidir en el tema de forma periódica. En la actualidad el informe es rescatado de la HC, con el aplicativo Selene, por el enfermero del centro de salud.

C-1044

NUEVO MODELO DE GUIA DE ACOGIDA AL NUEVO PROFESIONAL COMO ACCIÓN DE MEJORA EN UN CENTRO RESIDENCIAL DE LA TERCERA EDAD

CASTÁN VIVES, F. *; BUENO DOMÍNGUEZ, MJ. Y BORRÁS BORRÁS, M.I. .
GRUP SAGESSA

Palabras Clave: Guía de acogida nuevo profesional.

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo corresponde a un objetivo de nuestro programa de RSC y se ha realizado en un centro Residencial de la 3ª Edad (ASCÓ -Tarragona). El centro es municipal gestionado por un Grupo Sanitario. (40 plazas residenciales y 10 de centro de Día).En este trabajo participan:Responsable Infraestructuras y recursos, Directora Calidad del Grupo y Responsable gestión de personal

Descripción del problema/necesidades.

La acogida del nuevo profesional tiene tres objetivos: Mejorar la problema/ satisfacción del nuevo profesional, transmitir el proyecto institucional, necesidades garantizar el correcto funcionamiento del centro dando orientaciones básicas para facilitar su relación laboral Este proceso debe ser planificado, organizado y sistemático Objetivos Desarrollar una herramienta ágil y eficiente que sirva de ayuda para la organización y para el nuevo profesional Garantizar y acreditar que se ha realizado el proceso mediante la firma de un documento Implementar los estándares de la acreditación Joint Commission Internacional (JCI)

Desarrollo y soluciones aportadas.

Revisión Bibliográfica Revisar y actualizar el contenido de la Guía Evaluar coste/beneficio en diferentes formatos de presentación Diseño de herramienta informática que recoja toda la información Publicar la herramienta en intranet Implementar circuito y verificar el proceso Evaluar satisfacción del nuevo profesional

Resultados obtenidos.

Disminución de coste: de 6,17€ (papel) a 1,25€ (CDR) y respecto al medioambiente Elaboración Guía Electrónica accesible desde cualquier PC, no tener copias no controladas y actualización inmediata Contenidos de la Guía: Recursos del Grupo (Grupo Sagessa, organigrama, Ginsa, Roassa, RRHH, RSC, Salud laboral, Plan de calidad)y Recursos específicos del Centro (Misión, visión y valores, descripción puesto de trabajo, evaluación riesgos laborales, emergencias internas y externas, RCP básica, Convenio y salarios) Implementación estándares de la acreditación JCI Elaboración de un documento que verifica y ratifica el proceso mediante la firma del nuevo profesional y de quien realiza el proceso Adecuación i pasación encuesta de satisfacción (N=30)

Lecciones aprendidas.

Destacando el proceso de socialización de la institución, invertir en capital humano es tener personal capacitado y motivado para obtener una gestión de Calidad El protocolo informático mejora y adecua la información al nuevo profesional, de la organización y del Centro y responde a cuestiones para el desempeño disminuyendo la variabilidad El centro ha sido acreditado por JCI La evaluación positiva de la experiencia conlleva a adecuar e implantar al resto de centros del Grupo

C-1045

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ORTOPROTÉSICA Y SU APLICACIÓN A LA GESTIÓN HOSPITALARIA.

FAJARDO MORIÑA, J. ; MARTÍNEZ JIMÉNEZ, M. A.* Y DONCEL RODRÍGUEZ, E..
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Palabras Clave: Prescripción ortoprotésica, Sistemas de Información.

RESUMEN

Contexto de partida.

El Área de Prestaciones ortoprotésicas del Servicio de Atención al Usuario (SAU) del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. El SAU requirió la colaboración del Servº de Informática y el asesoramiento del de Rehabilitación.

Descripción del problema/necesidades.

No se dispone de un sistema de información avanzado y automatizado problema/ de la prestación ortoprotésica, pues la actual aplicación del SAS necesidades (“Gestor2”) no proporciona reportes automáticos ni relaciona las variables deseadas. El volumen global de prescripción del hospital ha crecido cada año. El SAU es uno de los servicios más prescriptores (y con tendencia creciente), pues atiende las renovaciones que se remiten de Atención Primaria. El número de estas solicitudes varia apreciablemente según localidad del paciente y en muchas no existe confirmación reciente por especialista de la necesidad de continuar el tratamiento. Objetivo: contar con información para detectar áreas a evaluar y proponer medidas en su caso

Desarrollo y soluciones aportadas.

A partir de los datos que recoge “Gestor2”, en 2007 el SAU definió las variables necesarias y sus agregaciones y el Servº de Informática diseñó la base de datos. En 2008 comienza el envío mensual a la Dirección y a los Servicios de datos de prescripción ortoprotésica: nº de prescripciones (total y por facultativo, y con detalle de los materiales), importe, precio medio por prescripción y precio ajustado por consultas. El área Económica elabora previsiones de actividad. A final de 2008, con el asesoramiento del Servº de Rehabilitación se proponen medidas de racionalización de la prescripción, que se están aplicando desde 2009.

Resultados obtenidos.

Actualmente se dispone de un sistema de información que monitoriza automáticamente la prescripción, diferenciando por facultativo y materiales, que puede producir los informes “a medida” necesarios. Cada Servº conoce de continuo la evolución y el perfil de su prescripción. Se analizan las desviaciones observadas. Se ha ralentizado el crecimiento de la prescripción. Se han instaurado medidas para valorar la adecuación de la prescripción (especialmente las renovaciones de larga duración)

Lecciones aprendidas.

Como en cualquier actividad, es previo e imprescindible contar con un sistema completo y fácil de medir el desempeño; su mera oferta a los Servicios ya supone una medida de autoregulación y mejora. Desde que se dispone de él, la actividad prescriptora global ha disminuido proporcionalmente. Las medidas adoptadas sugieren mayor rigor en el uso de estas terapias, asociado a menor gasto final; pero habrá que dar mayor tiempo antes de sentar su utilidad o proponer otras.

C-1046

ANALIZAR LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DE UN CENTRO DE SALUD RESPECTO AL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL INMIGRANTE

GENS BARBERÀ, M.; VIDAL ESTEVE, E.; MENGÍBAR GARCÍA, Y.; LORENTE TEN, E.; MASSAGUES, M Y LLADÓ SANS, A..
SALOU

Palabras Clave: Satisfacción, Cliente Interno, Grupo Focal, Inmigrante

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó en un Centro de Atención Primaria(CAP) urbano acreditado en calidad asistencial según la Joint Commission International. Se creó un grupo focal de profesionales del CAP que intervienen el programa de acogida al inmigrante.
Descripción del problema/necesidades.
Evaluar la satisfacción de los profesionales que intervienen en el programa de acogida al inmigrante utilizando como técnica un grupo focal. Se decidió la continuidad del programa. Análisis cualitativo del grupo focal
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó el grupo focal dirigido por 3 profesionales: médico(M) como conductor, enfermera(DUI) como moderadora y un administrativo(Ad) como observador. Se consensuaron 5 preguntas: A)Ventajas del programa, B) inconvenientes, C) continuidad, D) expectativas, E)¿qué mejorarías.Selección de 10 participantes: 2 Ad, 3 M, 4 DUI y un mediador cultural(MC). Local: biblioteca del CAP. Sistema de registro: video grabación. Análisis e interpretación de la misma. Presentación en sesión clínica
Resultados obtenidos.
Pregunta A)DUI:Al usuario le aporta información de sus derechos y deberes, cartera de servicios y profesionales que trabajan; explotación estadística datos; abordaje integral del paciente; punto de partida para visitas posteriores; M:"dispones de una primera foto"; facilita la atención al paciente. MC:puerta de entrada del sistema sanitario;crea "expectativa de protección del estado de salud".Pregunta B) DUI: dificultades idiomáticas, dificultad de registro derivada de la variabilidad de profesionales. M: falta protocolos específicos según procedencia; difícil seguimiento dada la itinerancia. Ad: dificultad para asignar visita a la enfermera referente. PreguntaC) 100% de los participantes piensan en que el programa debe continuar. PreguntaD) Ad: supera las expectativas en relación a la aceptación. DUI: aumenta el estado de salud, genera confianza a los profesionales. PreguntaE): se debería mejorar la coordinación con el ayuntamiento para facilitar el padrón vía correo electrónico, facilitar trípticos de confidencialidad, individualizar la información en relación a la multiculturalidad, protocolizar actividades médicas según procedencia, revaluar el registro de los datos y formación.
Lecciones aprendidas.
Esta experiencia nos sirve para mejorar la asistencia de aquellas personas con más dificultad para su integración en nuestro sistema sanitario a consecuencia de la diversidad cultural e idiomática. Asimismo, nos aporta una valor añadido ya que es una muestra evidente de que las diferentes disciplinas aportan des de sus competencias, visualizando y potenciando la importancia del trabajo en equipo.

C-1047

LA INTEGRACIÓN LABORAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA OSAKIDETZA

LEKUONA SANZ, L.; ROPERO MUGICA, R. Y IRUIN SANZ, A..
OSAKIDETZA / SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA

Palabras Clave: Integracion Laboral Social Trastorno Mental Grave

RESUMEN

Contexto de partida.
El carácter asistencial de SMEG y la tipología de enfermedad hacia la que dirige sus actuaciones tiene un fuerte impacto social. La dispersión territorial de sus centros, sus 25 años de existencia y el trabajo desarrollado con Ayuntamientos, Servicios Sociales y Asociaciones locales, han facilitado una progresiva integración en el entorno y que el paciente y su familia puedan ser atendidos en su propio medio. A través de estos contactos y reuniones con representantes del entramado social SMEG ha identificado lo que la sociedad espera de ella: ayudar a los pacientes con más dificultades en su integración laboral
Descripción del problema/necesidades.
Un compromiso con la sociedad: recuperar la salud perdida a través de las intervenciones en beneficio de la mejora del estado de salud (completo estado de bienestar físico, psíquico y social de acuerdo con la OMS). Una medida de gran importancia a nivel social es la reinserción laboral del enfermo mental, potenciada a través de acuerdos intersectoriales que se inician en el año 1996; su impacto es mayor a partir del año 2000. Posibilitan la integración laboral de un colectivo de miembros de la sociedad en crecimiento continuado como parte activa de la misma
Desarrollo y soluciones aportadas.
1996: Acuerdo Marco para la colaboración entre el departamento de Sanidad junto con Osakidetza y la Diputación Foral de Gipuzkoa a través de GIZARTEKINTZA: Se crean la Comisión Territorial de Coordinación Socio-Sanitaria y las Comisiones Sectoriales. Propuesta para coordinar la atención sanitaria y social para integración en trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos en Gipuzkoa. 2000: protocolo de actuación para garantizar la prestación de Atención Psiquiátrica en la red de Centros Especiales de Empleo y centros ocupacionales que se hallen gestionados, tutelados o concertados con GIZARTEKINTZA; compromisos por ambas partes. 2004: Acuerdo de colaboración entre SMEG y la Asociación de Entidades de Trabajo Protegido del Pais Vasco para colaborar de forma coordinada en la reinserción y rehabilitación de los pacientes TMG
Resultados obtenidos.
Se aportarán los datos de evolución de los últimos 10 años de integración laboral de pacientes con TMG a través de Centros Ocupacionales y Centros especiales de empleo; demuestran la idoneidad de la colaboración interinstitucional que comenzó en 1996
Lecciones aprendidas.
Colaboración entre instituciones/organización como base de integración en la sociedad de colectivos de personas con dificultades importantes. Comunicación entre instituciones/organizacion pieza clave para seguir mejorando en la atención que podemos prestar a nuestros pacientes

C-1048

HOSPITAL PLATÓN: INTEGRACIÓN EN LA RED DE HOSPITALES SIN HUMO

GALLARDO GONZÁLEZ, G.; GUIJARRO PÉREZ, A. Y DE LA ROSA CARRILLO, D..
HOSPITAL PLATÓN

Palabras Clave: Red Catalana De Hospitales Sin Humo

RESUMEN

Contexto de partida.
La Comisión Hospital Sin Humo es multidisciplinar y fue creada dentro del Área Asistencial del Hospital con la participación activa de la Dirección del centro y de diferentes áreas implicadas (Neumología, Oncología, Cardiología, etc).

Descripción del problema/necesidades.
La creación de la Comisión Hospital Sin Humo trabaja para erradicar el consumo de tabaco en los centros sanitarios, reducir el número de trabajadores y usuarios fumadores facilitando ayudas para ello, promoviendo el cumplimiento de las normas establecidas por la Red Catalana de Hospitales Sin Humo.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En el año 2007 se firmó un convenio de colaboración con el Instituto Catalán de Oncología (ICO) que hizo posible la adhesión de Hospital Platón a la Red Catalana de Hospitales Sin Humo. Con el apoyo de la red, se creó la Comisión de Hospital Platón en el mismo año, formada por 13 miembros de diferentes servicios. Durante todo el proyecto se dio la correspondiente difusión del mismo a todo el personal del centro, a través de cartas personalizadas, comunicados internos y noticias en la página web que informaba del estado y de las actividades que se iban realizando desde la Comisión.

Resultados obtenidos.
Con la creación de la comisión se ha conseguido disponer de un grupo de trabajo que vela por el cumplimiento de las normativas de la Ley Antitabaco y mantiene una actividad continuada en la lucha por disminuir su consumo. La consolidación de la Comisión y la implantación de la Consulta de Deshabituación Tabáquica, dependiente de la Unidad de Neumología, ha supuesto una ayuda para los trabajadores que desean abandonar el hábito tabáquico. Gracias a las encuestas de prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores y el audit interno que periódicamente se va realizando obtenemos datos que nos ayudan a valorar el estado del proyecto y a detectar áreas de mejora.

Lecciones aprendidas.
El tabaquismo es un hábito que provoca múltiples enfermedades, y como profesionales sanitarios tenemos la obligación de mantener una lucha constante contra esta adicción. Aún queda mucho camino por recorrer en este aspecto, y un punto fundamental es concienciar a los trabjadores de los centros sanitarios de la peligrosidad del tabaquismo y de la necesidad de mantener espacios libres de humo.

C-1049

INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO: ¿SOMOS CAPACES DE INTERVENIR PARA REDUCIRLAS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA?

MARTÍN RUBIO,M.I.; LECHUGA MUÑOZ,M.A.; DÍAZ CAMPOMAR, N. Y OLVERA CALDERÓN,J..
DIRECCION DE DISTRITO DE AP JEREZ-COSTA NOROESTE

Palabras Clave: Ive,Sexualidad, Educación, Salud, Comunidad,Violencia

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto surge de profesionales de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Jerez-Centro (enfermería y trabajo social) y se plantea en el Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) y en Servicio de Epidemiología del Distrito Jerez-Costa Noroeste.

Descripción del problema/necesidades.
El proyecto surge como necesidad de intervenir en mujeres que demandan IVE, basado en la información de partida : - El número de IVE respecto a otros años no ha disminuido. - En las menores de 24 años, el 11% ha abortado anteriormente. - El 52% de las mujeres que lo solicitaron en el 2008 eran menores de 24 años - Mas del 14% de la solicitudes procedieron de mujeres inmigrantes - Las solicitantes de IVE, no reciben ningún tipo de intervención ni seguimiento. - No existe unificación de criterios entre profesionales ni medición de actuaciones.
- Es pertinente detectar situaciones de violencia de género por poder estar asociadas ambas circunstancias.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se pilotará en UGC Jerez-Centro en el segundo semestre 2009 y se difundirá en Comisión de Planif. Familiar de Distrito al resto de centros. En él se establece una estrategia de intervención multidisciplinar y será de carácter socioeducativo y se aborda bajo una perspectiva de género. Una vez que la mujer solicita la IVE, su médico/a la gestionará a través del Servicio de Atención a la Ciudadanía, quien derivará a :
TRABAJO SOCIAL: consulta de acogida para realizar un diagnótico social , con información, asesoramiento, apoyo psicosocial y seguimiento. Desde aquí se derivará a PLANIFICACIÓN FAMILIAR: realizándolas fundamentalmente enfermería. Tienen carácter preventivo, educativo y asistencial, en términos de cuidados de salud reproductiva y sexual. INTERVENCIONES GRUPALES (IG):Las intervenciones a este nivel se plantean con doble perspectiva :
- IG con “carácter preventivo”, dirigidas a colectivos en situación de Riesgo: asociaciones de Mujeres de las Zonas con Necesidades de Transformación Social, colectivos de inmigrantes y jóvenes en proceso de integración social.
La captación se realizará a través de red comunitaria y del programa Forma Joven en los centros de E. Secundaria.
- IG con mujeres captadas, con carácter de apoyo emocional y fomento de conductas saludables respecto a su sexualidad.

Resultados obtenidos.
Se medirá a los 6 meses de su implantación: en diciembre de 2009

Lecciones aprendidas.
Tras análisis de resultados se introducirán elementos de mejora en la atención a estas mujeres.

C-1050

EXPLORACIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN ÚTILES EN LA ESTRATEGIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA.

SANGRADOR ARENAS, LUIS ALBERTO; FRAILE CASTELAO, ROSA; DEL CAÑO JIMÉNEZ, GEMMA ; GÓMEZ PALMERO, ÁNGEL; PÉREZ BOILLOS, MARÍA JOSÉ Y HERNANDO MONGE, ANA .
CONSERJERIA DE SANIDAD

Palabras Clave: Responsabilidad Social Corporativa. Encuestas de Opinión.

RESUMEN

Contexto de partida.
En las consejerías de salud es una actividad habitual la realización de encuestas de opinión sobre estructura, proceso y, en menos ocasiones, resultado, de los servicios que prestan a los ciudadanos. Cabe preguntarse si los datos que recogen estos estudios pueden generar información útil en la vertebración de un proyecto de enfoque de responsabilidad social corporativa (RSC) para las organizaciones sanitarias.
Descripción del problema/necesidades.
El abordaje de las áreas que conforman la RSC, económica, sociocultural y medioambiental, puede requerir la generación de alguna fuente de información distinta de las utilizadas habitualmente.
Es probable, sin embargo, que estas últimas, puedan aportar mucha información para el conocimiento y la gestión de los distintos aspectos que conforman este enfoque.
Se pretende estudiar las encuestas de opinión de nuestro sistema regional de salud como posible fuente de datos para el desarrollo de una estrategia de RSC.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se han chequeado las preguntas que contienen las encuestas de soluciones aportadas opinión, con el objetivo de identificar ítems que puedan generar información o soportar indicadores de utilidad en las distintas áreas que conforman la RSC.
Resultados obtenidos.
Utilizando el cuestionario de la encuesta poblacional realizado a ciudadanos de la Comunidad de Castilla y León (oleadas anuales de 2004 a 2008), que consta de 51 preguntas, identificamos un total de 26 preguntas relacionadas con las áreas en las que estructuramos la RSC. 15 preguntas definen los resultados del área económica (creando valor para el cliente, paciente o usuario), dividido en subáreas como la mejora de las instalaciones (2), gestión de quejas y reclamaciones (1), compromiso con la innovación (1) y seguridad de la información (4).
En el área sociocultural encontramos 11 ítems, en el que se aportan beneficios para nuestros clientes de forma indirecta. Incluimos diferentes apartados como promoción y prevención de la salud (7 preguntas), accesibilidad de los servicios sanitarios (1), iniciativas que mejoran el bienestar de la sociedad o bioética (3 preguntas).
Lecciones aprendidas.
Las fuentes de datos y los sistemas de información sanitarios existentes tienen que ser explorados para buscar utilidades no identificadas y perfilar su flexibilidad y adaptabilidad. Identificar los puntos de apoyo consolidados que contienen esas fuentes permitirá aumentar las probabilidades de desarrollo de nuevas estrategias de planificación y gestión, y disminuir tiempos de ejecución y evaluación.

C-1051

IMPLANTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES SEGÚN ESTANDAR OHSAS EN UNA COMARCA DE ATENCION PRIMARIA

LARAUDOGOITIA ZALDUMBIDE, P.; SIMÓN MONTES, P.; ZALDIBAR QUINTANA, J.; ARTEAGA ALONSO, C.; MONASTERIO VICENTE, F. Y GARCÍA GARRASTAZU, J..
CENTRO DE SALUD DE ALANGO (ALGORTA-GETXO)

Palabras Clave: Prevencion Riesgos Laborales-Ohsas-Comarca Ap

RESUMEN

Contexto de partida.
Osakidetza-comarca Uribe (bizkaia). Comarca de atencion primaria con una población de 218.000 Usuarios, 400 profesionales, 9 unidades de atencion primaria y 3 puntos de atención continuada en 27 centros de salud. Gerencia, direcciones, servicio de prevención y totalidad de profesionales.
Descripción del problema/necesidades.
Identificar peligros, evaluar riesgos y planificar la problema/ actividad preventiva que garantice la seguridad y salud de necesidades los profesionales.
Ser atendidos por profesionales que tengan integrada en sus actividades la prevencion, consiguiendo una mayor seguridad tambien para el paciente y una mejora en la organizacion de su trabajo. Se analizo el grado de desarrollo del sistema de gestion de prevencion de riesgos laborales establecido en la politica de osakidetza. Se hizo una valoracion del conjunto de actividades que segun la exigencia ohsas seria necesario implantar.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras analisis de puntos fuertes y debilidades se elaboro un plan de actuacion. Direccion, jefes de uaps, servicio de prevencion y la totalidad de los trabajadores. Formacion, informacion y utilizacion de la intranet como instrumento basico de comunicacion. Planificacion y organizacion-comunicacion-implantacioncontrol de objetivos y metas-auditorias y revision y mejora.
Resultados obtenidos.
Ha conseguido implementar la prevencion en los procesos claves y operativos. Su grado de implementacion ha sido medido segun las exigencias ohsas por auditores externos. Un entorno seguro de trabajo e implicacion generalizada de los profesionales. Se ha obtenido la certificacion ohsas 18001.
Lecciones aprendidas.
Hay que adaptar la comunicacion al colectivo concreto al que va dirigido y tratar de simplificar lo complejo.

C-1052

MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA EN SALUD EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL: EL CASO DEL HOSPITAL DE PONIENTE.

RAFAEL ALBERTO MONTOYA MUÑOZ; LOUBNA MEZOIRE; JOAQUIN SALAS CORONAS Y JOSÉ VÁZQUEZ VILLEGAS.
HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Multiculturalismo, Mediación, Salud, RSE

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital de Poniente. Unidad de Medicina Tropical y Unidad de Trabajo Social. Profesionales facultativos, trabajadores sociales y mediadora sociosanitaria, marroquí.

Descripción del problema/necesidades.
El Hospital de Poniente (El Ejido, Roquetas, Vícar, etc.) abarca una población de 250.000 personas con una altísima diversidad de orígenes geográficos y culturales (p. ej. 52% nacimientos de madre extranjera). A partir de la experiencia observada en 10 años de existencia del hospital, en 2008 un grupo de profesionales plantearon a la Dirección del Hospital la necesidad de contar con una figura de apoyo para la mediación sociosanitaria intercultural y que estuviera permanentemente ubicada en el centro, no de forma puntual o mediante convenios con ONG u otras fórmulas. Así mismo, se definió que la mediadora fuera marroquí, con formación específica en mediación sociosanitaria, por ser la población magrebí la mayoritaria entre los usuarios extranjeros.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En diciembre 2008 se incorpora Loubna Mezoire, convirtiendo al H. Poniente en el único andaluz que cuenta con esta figura profesional, integrada de forma estable y permanente en el propio centro, como parte de su cartera de servicios. En primer lugar, se informó al resto de profesionales sobre el proyecto, cartera de servicios y forma de contacto y, a partir de ahí, se comenzó el trabajo de mediación directamente en consultas, planta, etc.

Resultados obtenidos.
Entre diciembre 2008 y abril 2009, se han realizado 380 intervenciones directas: Medicina Interna (126), Tocogine (77), Pediatría (59), Gestoría Usuario/Trabajo Social (54), Urgencias (34), Trauma/Reha (16), otros (14). La mayoría de éstas han tenido que ver con la COMUNICACIÓN comprensiva entre profesional y usuario y viceversa: explicación de diagnósticos y tratamientos, calendario de vacunas, gestión administrativa, etc. y se han desarrollado tanto en Consultas como en hospitalización e incluso extrahospitalariamente.

Lecciones aprendidas.
"Tratar de una manera directa y personalizada las dudas que la población emigrada tenga en referencia al funcionamiento del sistema sanitario antes de que éstos choquen con el mismo" es el principal valor añadido de esta experiencia. El trabajo desarrollado por Loubna (objeto de esta C. Oral) aporta un valor añadido muy positivo y es una fuente de nuevas ideas inestimable en la mejora del desempeño de nuestros profesionales, de la tranquilidad, calidad y calidez percibida por los usuarios/as y, en definitiva, en un contexto como el nuestro era un enfoque necesario para incluir la IGUALDAD y ACCESIBILIDAD desde la RSC de la propia empresa.

C-1053

FORMACIÓN EN ATENCIÓN A LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

ELVIRA MARTÍNEZ JIMENEZ; INMACULADA BRANDO ASENSIO; JOSE ALBERTO GUZMAN RODRÍGUEZ Y ANDRES CARRILLO .
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Violencia Genero Formacion

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Hospital Morales Meseguer(HMM). El objetivo es la sensibilización y formación en detección, atención, información y derivación de las mujeres victimas de violencia de género (VG). El curso ha incluido en el plan de formación continuada como actividad formativa dirigida a profesionales con actividad asistencial en el HMM(Facultativos, MIR , Enfermería, Trabajadores Sociales).

Descripción del problema/necesidades.
La formación en VG es una necesidad por la demanda que genera este problema, que afecta a la salud de la mujer, y cuya abordaje es multidisciplinar. Los sanitarios son un eslabón del proceso, a veces el inicial, por lo que es necesario que sepan actuar en estos casos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se ha realizado en forma de cursos impartidos en las aulas soluciones aportadas del HMM, con 20 participantes, duración de 20 horas y con frecuencia de 1-2 ediciones al año desde 2007.
Contenidos teóricos: 1.Presentación. Introducción, epidemiología.
2.Objetivos.
3.Definiciones y conceptos generales.
Identidad de Género, factores culturales, el vinculo patológico Violencia de Género.
Tipos de Violencia.
Proceso de la Violencia, Pirámide de la violencia, ciclo de la violencia.
4.Consecuencias sobre la salud de la mujer.
5.Obstáculos para identificar/intervenir. Indicadores de sospecha.
Entrevista y comunicación.
6.Función de los profesionales de la salud.
7. Planes de actuación.
8.Valoración de la seguridad de la mujer, y del entorno.
9.Recursos sanitarios, jurídicos y sociales para la atención a las víctimas de violencia de género.
Métodos educativos:Clases teóricas.prácticas(videos, diapositivas, audiciones),talleres, escenificación.
Material didáctico: Ordenadorl. cañón.pizarra,documentación escrita y CD datos Material del Taller:Videos, música, diapositivas,documentos HMM

Resultados obtenidos.
Durante los años 2007 y 2008 se han impartido 3 cursos, con un total de 73 personas inscritas (11 hombres y 62 mujeres), habiendo cumplimentado la encuesta de opinión 61.6%. La puntuación del alumnado hacia los cursos ha sido de 86.3 ± 10.7 (puntuación maxima de 100), y sobre el profesorado de 91.5 ± 9.2 (ligeramente mejora evaluada los conocimientos del profesor que la capacidad expositiva, 93.3 ± 8.1 y 90.3 ± 10.1 respectivamente). La evaluacion de los profesores sobre el curso ha sido de 89.9 ± 8.5. La edición de 2009 está finalizando en este momento.

Lecciones aprendidas.
Se trata de un proyecto necesario,bien valorado, y sobre todo positivo para las pacientes que necesiten de profesionales sensibilizados y formados en VG en nuestro ámbito.

C-1054

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS, EFECTOS Y CRITICIDAD DEL PROCESO DOCENTE

VÁZQUEZ GRANADO J; VILLÉN SÁNCHEZ JA Y CHAVES VINAGRE J.
IAVANTE

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
IAVANTE
Descripción del problema/necesidades.
El proceso docente de IAVANTE describe la actividad docente de la Organización y se desarrolla en 4 fases diferenciadas: Diseño, demanda de actividad, planificación/ejecución y cierre. Era necesario identificar los puntos críticos y establecer los planes de mejora sobre el mismo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante Julio de 2008 se planificaron 2 ediciones de análisis. El personal de la Organización se distribuyó en 2 grupos.
En cada una de las ediciones se establecieron 4 grupos que analizaron el proceso docente siguiendo una metodología AMFEC.
Se trata de una de las herramientas tradicionales empleadas en el ámbito de la calidad para la identificación y análisis de potenciales desviaciones de funcionamiento o fallos en el proceso.
Es un método cualitativo que por sus características, resulta de utilidad para la prevención integral de fallos y riesgos, incluidos los laborales.
Se analizó la evolución de los principales indicadores de calidad.
Las actividades que se llevaron a cabo en el proceso fueron:
Fallo o Modo de fallo potencial.
Efecto/s del fallo.
Causas del modo de fallo.
Medidas de control previstas.
Gravedad.
Frecuencia.
Controles actuales.
Detectabilidad.
Índice de Prioridad de Riesgo (IPR).
Acción correctora.
Responsable y plazo.
Acciones implantadas.
Resultados obtenidos.
Se trabajó sobre una plantillas que permitieron medir los principales fallos del proceso docente, los efectos de estos fallos y sus causas. Se establecieron las siguientes fases:
PRIMERA FASE: Se identificaron los prinicpales fallos y efectos.
SEGUNDA FASE: Se estableció el catálogo de fallos y efectos.
TERCERA FASE. Participación plenaria de todos en todo.
CUARTA FASE: refinado del catálogo de fallos y efectos
QUINTA FASE: mapa de riesgos según el diagrama del proceso. (participación plenaria) En esta fase se elaboraró el mapa de riesgo siguiendo el flujo del proceso, colocando en cada etapa del mismo los posibles fallos y efectos pueden producirse.
En una etapa posterior, se establecieron los planes de acción, sus responsables y los plazos de implantación.
Lecciones aprendidas.
A partir del análisis, ha comenzado un periodo de mejora continua del proceso docente, durante el que se podrán desarrollar las acciones que permitirán implantar las áreas de mejora detectadas.

C-1055

INFLUENCIA SOCIO-DEMOGRÁFICA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO EN NEONATOLOGÍA.

LIBRADA SANZ P.; GARCÍA RAMÍREZ F.; JIMENEZ RUIZ J.; DIEZ-DELGADO RUBIO J.; RUIZ SÁNCHEZ R. Y MARTÍNEZ CUADRA.D.
HOSPITAL TORRECÁRDENAS

Palabras Clave: Lactancia Materna, Pretermino, Inmigracion.

RESUMEN

Contexto de partida.
-Trabajo relizado en la unidad de Neonatología y de Lactancia del Hospital Torrecárdenas de Almeria. -Personal implicado: Técnicos en cuidados, pediatra, Diplomados en Enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
Promocion de la lactancia materna por:1º-Importancia para la madre y el r.n 2º-Dentro de las líneas estratégicas del S.A.S en cuanto a la necesidades atención perinatal. La educación sanitaria en este aspecto es dificultosa y limitada en una población inmigrante cada vez mas numerosa a la que es difícil acceder por barreras idiomáticas.Objetivos: Valorar si la población inmigrante que es atendida en nuestro servicio sigue las indicaciones de promoción de lactancia materna, de la misma forma que la población autóctona o castellano-parlante.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se reliza un estudio transversal analizando el establecimiento de soluciones aportadaslactancia materna en recien nacidos pretérmino en la población castellano-parlante y en la población no castellano-parlante (magrebies y subsaharianos y población del este de Europa) Sse reliza asi mismo en recien nacidos pretérmino ya que su estancia en la unidad es mas prolongada y permite establecer una continuidad en la educación sanitaria sobre la lactancia materna. Se aplica test estadístico chi cuadrado.
Resultados obtenidos.
Ingresaron 229 recién nacidos pretérminos, de los cuales 175 de población castellano-parlante (76%), 26 de población subsahariAna y magrebie (11%), 28 de población de paises del este (13%). Lactancia materna en el momento del alta a su domicilio en 151 recien nacidos pretérminos, con la siguiente distribución:130 r.n de familias castellano-parlante (74%), 8 r.n de familias magrebies y subsaharianos(30%) y 13 r.n de familias del este de Europa(46%). Con un pvalor= ($p<0.001$).
Estas diferencias pueden obedecer a la limitación impuesta por la barrera idiomática, lo que justificaría que el porcentaje de lactancia materna implementada en la población de Países del Este fuera superior a la alcanzada entre la población magrebie y subsahariAna ,ya que esta barrera es menor con esta población al existir idioma puente (francés, inglés), cosa que no ocurre con la población magrebie y subsahariana.
Lecciones aprendidas.
Sin descartar la existencia de influencias culturales, creemos que la barrera idiomática condiciona todos los aspectos de educación sanitaria para la salud y en nuestro caso especialmente el tema de lactancia materna. Discusión: Proponemos que se realice información escrita y gráfica, incluso audiovisual en lengua natural en elcaso de familias inmigrantes y la existencia de mediadores interculturales o el acceso a mediadores interculturales.

C-1056

RESPONSABILIDAD SOCIAL CON LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN: MONITORIZACIÓN SEMANAL DEL CLIMA LABORAL

GARZÓN GONZÁLEZ, G.; RODRIGO, R; MARTÍNEZ, P; ALEMANY, A; CHACON, A Y UBACH B. U.
CALIDAD ÁREA 1 ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras Clave: Clima Laboral, Monitorizacion, Calidad Vida Laboral

RESUMEN

Contexto de partida.
Emplazamiento: Área 1 de Atención Primaria del SERMAS El Área está desarrollando explícitamente la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) desde hace 2 años. Está ultimando una memoria de RSC y una autoevaluación EFQM en RSC. Uno de los aspectos incluidos en esta estrategia es la Responsabilidadcon las personas que trabajan en el Área

Descripción del problema/necesidades.
Como parte de esta estrategia se realizó hace 1 año una encuesta validada (Q-LABORS 56) de calidad de vida laboral a todos los profesionales con cuyos resultados una vez explotados se identificaron los factores peor valirados (D. Pareto), se identificaron causas (D. Ishikawa) y se desarrolló un plan de mejora cuyos acciones se están implantando aún. Una de las acciones que se consideró necesaria fué medir de forma monitorizada el clima laboral tanto para poder evaluar el impacto de las acciones del plan de mejora como para poder detectar tendencias de forma precoz.

Desarrollo y soluciones aportadas.
En el Área existe una Comisión de Motivación que fue el grupo de mejora que desarrolló el proyecto. La comisión está formada por profesionales de todas las categorías de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y de la Gerencia. El formato de trabajo ha sido mediante reuniones periódicas. La Comisión definió
* la encuesta que utilizar: Q-LABORS 57 (adaptada a A. Primaria)
* los indicadores que medir: % de encuestas con respuesta satisfactoria o muy satisfactoria global y en los 2 factores peor valorados: carga de trabajo y apoyo directivo
* la herramienta para monitorizar: gráfico de control
* el sistema: 1 encuesta semanal de 1 profesional seleccionado aleatoriamente en cada EAP Se ha realizado un desarrollo informático para disponer de la encuesta en la intranet del Área de forma anónima y grabar los datos directamente en una base de datos semanal Se está desarrollando un procedimiento para aplicar a los datos software para la realización de gráficos de control El proyecto se ha presentado a los Equipos de Coordinación de los EAPs a los que se ha pedido que sean los que comuniquen semanalmente a la persona seleccionada aleatoriamente la realización de la encuesta. Se les realizará un recordatorio semanal desde la Unidad de Calidad

Resultados obtenidos.
La primera semAna de monitorización será la del 15 al 19de junio por lo que aún no disponemos de datos. Previsiblemente para las fechas del congreso tendremos una serie de más de 15 mediciones de 20-30 encuestas cada una

Lecciones aprendidas.
Pendiente de los resultados

C-1057

LABORATORIO CLÍNICO. LOS RESIDENTES DE HOY REDACTAN UN PLAN DE ACOGIDA PARA SUS COMPAÑEROS DE MAÑANA

*BUENO ORTIZ SUSANA; ZAFRA CERES MERCEDES; MORA VALLELLANO JOSEFA Y DE HARO MUÑOZ TOMÁS.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO GRANADA

Palabras Clave: Plan de Acogida

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Unidad de Gestión Clínica de Laboratorios. Grupo formado por Residentes coordinados por la responsable de calidad de la Unidad

Descripción del problema/necesidades.
Nos animaron a redactar un Plan de Acogida para residentes de Laboratorio. Hecho por los residentes actuales y destinado a nuestros fururos compañeros. La pregunta ¿cómo lo hacemos?, la respuesta -tal como a vosotroes os hubiera gustado ser acogidos. Redatamos el Plan utilizando un lenguaje coloquial, sencillo y ameno, para no asustar al recién llegado con un documento de dificil lectura sino con el proposito de que se sintiera verdaderamento acogido, incorporado a nuestro equipo desde el principio y con la misión de que quedara “enganchado” a nuestro, recién estrenado, Sistema de Gestión de Calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se convocó una reunión, con la participación de todos los profesionales, en la que se dio a conocer la intención de la UGC de solicitar la Acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia. Se tradujo en la elaboración de un proyecto, subproyectos y cronograma y, se inició, de este modo un largo proceso que culminó 6 meses mas tarde con la elaboración de un Manual de Calidad, aprobado y difundido a todos los profesionales del Laboratorio. Nuestro Plan de Acogida forma parte del Manual de Calidad, MC.14Atención al Profesional

Resultados obtenidos.
Manual de Acogida. Indice: ¿qué se pretende con este Manual?, ¿Qué te ofrecemos?, ¿Qué nos puedes ofrecer?, ¿Qué contiene el Manual?: recepción del nuevo Residente. Entrega del manual de acogida. Que hacer el primer día. Conoce el hospital, la Comisión de Docencia, el Laboratorio. Realización de visita guiada a todas las éreas del Laboratorio. Recepción por la persona encargada del protocolo de acogida para información específica sobre objetivos, protocolos, turnos de trabajo, guardias, etc,.Encuesta de opinión

Lecciones aprendidas.
EVIDENCIA: documento redactado, aprobado y puesto en vigor. 100% de satisfacción de los compañeros recién llegados. Hemos aprendido que la calidad es un valor que hay que adquirir y deseamos participar en el compromiso de fomentar un ambiente de trabajo adecuado sobre la base de “si el profesional se siente bien, su trabajo será mejor” y si por trabajar mejor, los pacientes y los profesionales involucrados en su salud, se sienten mas satisfechos, la calidad deja de ser un término, de difícil definición, para convertirse en un valor ético.
MENSAJE. lo dice nuestro Plan de acogida “eres joven, transmite tu ilusión, tu optimismo, crea un clima positivo a tu alrededor, haz equipo”.

C-1058

LOS VALORES DE EMPRESA COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA

JORDI PUJOL Y ANNA JOVER.
HOSPITAL PLATÓ. FUNTACIÓN PRIVADA

Palabras Clave: Valores, Personas, Desmotivación, Mejoras, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Plató BCN RED PUBLICA CATALANA. Área influencia 150000 habitantes con onco/radioterapia toda la organizacion.

Descripción del problema/necesidades.

Implantar cultura comun. Primer Plan Estrategico 2002 se objetivo mediante : Dafo,focus grup de pacientes , encuesta de clima laboral que faltaba Valores que integrasen a las personas del Hospital Producia desmotivacion.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Plan Estrategico se definieron los objetivos: Sostenibilidad social,economica y excelencia en calidad se creo: 1) Plan de Cualidad (EFQM-ISO) 2) Plan RSC. Fundamental: colocar a las personas como eje de la Organizacion mediante la implantacion de Valores colectivos: A toda la organización. Se creo Unidad de Comunicacion dependiente de responsable de Responsabilidad Social. El Plan comenzo el 2002 hasta el 2007 .Con el segundo Plan (2007 / 2010) se integran a los Valores los cuatro pilares de la RSC 2005 Plan de Mejoras Sociales fuera del marco legal, se consensua con todas las personas y comité de empresa. Económicamente es el 0,34% del presupuesto.

Resultados obtenidos.

Indicadores: a) Reconocimientos externos b) Encuesta de clima laboral c) Evolucion ILT d) Encuestas a los pacientes f) cumplimiento objectivos y presupuesto h) Memoria sostenibilidad i) Informe de progreso anual Resultados: -Premios FAD de calidad Hospitales 2005 y 2008. -Premio FAD mejor información RSC 2006

- Sello de plata +400 de EFQM. Mejora encuestas clima laboral años 2004-2005-2007, el ítem de motivación del personal en una escala de 5 es de 4,20. En el año 2008 se externaliza la incapacidad laboral es en el 2008 de 2,5. Las encuestas realizadas a los pacientes va mejorando. En las encuestas a todos los hospitales públicos de Catalunya sobre la atención en urgències en el año 2008, cuarto lugar en mejor atención a los pacientes de Catalunya. La aplicación estratégica y sistemática de cambios enfocados a las personas (Valores, plan de mejoras sociales, cambios en el organigrama aplanando la estructura etc) han permitido que los Objetivos Esenciales se vayan cumpliendo.

Lecciones aprendidas.

La Responsabilidad Social, no es moda ni comunicación. Es una herramienta estratégica que permite la implantación de Valores comunes, incrementando la Motivación Implicación y sentido de pertenencia En el siglo XXI la tecnología esta al alcance de cualquier organización.Para innovación y cambio, es necesario que las Personas sean el eje de la gestión estratégica de las organizaciones.

C-1059

LA VG ES CONSIDERADA COMO UN PROBLEMA SANITARIO PARA EL PERSONAL DE OSAKIDETZA

JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; RAQUEL GARCÍA ALEGRE; SONIA DE LUIS ALVAREZ; MAITE LARRINAGA LLAGUNO; NEREA LARRINAGA LLAGUNO Y Mª CELIA MARCOS ALOR.
PORTUNEHY@HOTMAIL.COM

Palabras Clave: Violencia de Genero

RESUMEN

Contexto de partida.

Como declaró la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, la violencia de género (VG) es un problema prioritario de salud pública, ya que es una situación frecuente que repercute gravemente sobre la salud de las mujeres afectadas.
¿Considera el personal sanitario de Osakidetza que la violencia de género es un problema prioritario de salud?

Descripción del problema/necesidades.

Detectar si el personal sanitario considera que la violencia de género como un problema social.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se elaboro un cuestionario dirigido al personal sanitario de de dos hospitales (Hospital de Cruces y Hospital de Basurto) de la red de Osakidetza. En total respondieron al cuestionario 327 sanitarios entre los meses de noviembre y diciembre de 2008. En la encuesta se dio la opción de contestar si, no o ns/nc a la siguiente afirmacion: •La violencia hacia las mujeres es un problema de salud

Resultados obtenidos.

De las 327 encuestas realizadas el personal sanitario considero lo siguiente: •64,5 % considera que la violencia hacia las mujeres es un problema de salud

Lecciones aprendidas.

El personal sanitario de Osakidetza considera que la violencia de hacia la mujer es un problema de salud de importancia media. Por lo tanto, el personal sanitario de Osakidetza esta concienciado en la violencia de género que sufren hoy en día tantas mujeres en nuestra sociedad, aunque no todo lo deseado.

C-1060

GESTIÓN DE RESIDUOS, NUESTRA RESPONSABILIDAD CON NUESTRO PERSONAL, LA COMUNIDAD Y EL MEDIO AMBIENTE

*SILVA, M. Y CARVAJAL, O..
ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

Palabras Clave: residuo, medioambiente, responsabilidad social

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en Asoc. Chilena de Seguridad (ACHS), administradora de Ley de Accidentes del Trabajo, dentro de la estrategia institucional de implementar Sist. Integrado de Gestión con normas de Calidad, Medioambiente, Seguridad y Salud Ocupacional. La Dirección de Calidad, de la Gcia. de Planificación y Tecnología, con asesoría de profesionales especializados del Prog. de Asistencia Ambiental, abordaron tarea de diseñar e implementar un sistema de gestión de residuos, con relevancia en los caracterizados como peligrosos.

Descripción del problema/necesidades.
ACHS tiene una red de centros asistenciales en Chile, la gestión de residuos se realizaba según criterios locales. Se desconocía la cantidad y tipos de residuos generados, y la disposición final de ellos. No existía un Plan de Manejo de Residuos Peligrosos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Para identificar tipo y cantidad de residuos generados en instalaciones ACHS, disposición y recursos disponibles, se elaboró y aplicó encuesta nacional con las siguientes características:
•Lista de 11 actividades básicas de establecimientos ACHS asociada a lista de residuos conocidos
•Participación de profesionales locales
•Datos analizados con SPSS y Excel

Resultados obtenidos.
Frecuencia de respuestas positivas por tipo de residuo: 55,2% corresponde a residuos peligrosos; 25,6% asimilables a domiciliarios y 19,2% reciclables (no peligrosos).Áreas de mayor frecuencia de respuesta: Mantención (29,8%), Enfermería (23,2%) y Área Administrativa (14,6%). Concentran el 67.6% de residuos generados. Con esta información, se generó Pauta Técnica considerando desde la identificación de los residuos hasta la gestión externa de ellos. Incluye un Programa de Capacitación para quienes manejan directamente residuos peligrosos, Plan de Contingencia, condiciones de transporte de residuos peligrosos, pautas de tratamiento para residuos específicos.

Lecciones aprendidas.
Un diagnóstico es clave para diseñar una Pauta Técnica de manejo de residuos. Un buen diseño de encuesta es requisito fundamental para obtener datos válidos y fiables. La unidad de medida por unidad de tiempo debe ser normalizada. La idoneidad de quien responde la encuesta y participa en la recolección de datos, influye y complementa un buen diseño de encuesta. La falta de medios para cuantificar los residuos generados puede llevar a un resultado engañoso, que sólo podría despejarse cuando se pongan en práctica los procedimientos establecidos en la propia Pauta Técnica. La estandarización del manejo de residuos en nuestra red, persigue uniformar nuestros estándares de calidad y de responsabilidad social.

C-1061

LIPOATROFIA SEMICIRCULAR:CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MEDIDAS PREVENTIVAS Y EVOLUCIÓN DEL BROTE DE LIPOATROFIA SEMICIRCULAR

*MOLINA ARAGONES, JM.; MARZAL TORRENT, L.; GASSÓ RIBAS, M.; MORILLAS CASTILLO, M. Y VALDES DE FEZ, C..
SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

Palabras Clave: lipoatrofia, evolución, prevención

RESUMEN

Contexto de partida.
En el 2007 aparecieron en Barcelona una serie de casos sospechosos de Lipoatrofia Semicircular (LS). Una de las empresas afectadas fue el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) de Catalunya, en concreto los profesionales del centro coordinador (CECOR).

Descripción del problema/necesidades.
La LS es un trastorno caracterizado por la aparición de una zona de atrofia del tejido graso subcutáneo, localizada preferentemente en cara anterior-anterolateral de los muslos, respetando piel y tejidos musculares subyacentes, de la que se tenía muy poca información en nuestro ámbito. Se puso en marcha un protocolo de notificación e identificación de casos y se aplicó el principio de precaución a las trabajadoras gestantes hasta la elaboración del protocolo de la administración sanitaria.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras efectuar los estudios pertinentes (campos electromagnéticos, campos electrostáticos, condiciones ambientales, calidad aire, etc) y consultar la bibliografía disponible, se pusieron en marcha una serie de actuaciones (alfombras disipativas, puestas a tierra material metálico, humidificación ambiental, etc) que han permitido frenar la aparición de nuevos casos. Se describen estas medidas preventivas adoptadas, el protocolo de actuación, la coordinación con las administraciones laboral y sanitaria. Se analiza el impacto de las mismas en la evolución de los casos.

Resultados obtenidos.
La adopción de medidas preventivas ha supuesto la reversión de las lesiones de un 60% de los afectados (N=54). Un 25% de los casos presenta una mejoría significativa y en un 5% de los casos no se han producido cambios valorables. El 10% restante han sido pérdidas de seguimiento. Actualmente, y a pesar del elevado nivel de humedad ambiental, persiste un grado de electricidad estática generado por las sillas. Los estudios practicados con sillas ESD muestran unos valores despreciables de electricidad estática. Si tras la sustitución del mobiliario (pendiente) comportara la desaparición de los casos restantes y la no-aparición de nuevos, reforzaría la hipótesis de que la electricidad estática está en el origen de la LS.

Lecciones aprendidas.
En la gestión de crisis sanitarias es fundamental en una empresa la información y la transparencia con los trabajadores. El intercambio de experiencias y el trabajo conjunto entre empresas con situaciones análogas permite adoptar medidas correctoras más eficientes. El abordaje de nuevas patologías en el ámbito laboral precisa de un tratamiento multidisciplinar que sobrepasa el ámbito estrictamente sanitario.

C-1062

PROYECTO PARA EL FOMENTO DE LA IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES, EN EL ÁMBITO DE LAS RELACIONES LABORALES, EN SEM.SA

*MORILLAS CASTILLO, M.; GASSÓ RIBAS, M.; MARZAL TORRENT, L.; CAMPOS ESCALA O. Y MOLINA ARAGONES JM..
SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

Palabras Clave: plan igualdad, fomento igualdad, relaciones laborales

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se ha realizado en un servicio público para la atención a la emergencia/urgencia extrahospitalaria y atención e información sanitaria (SEM.SA). La situación en términos estadísticos es la siguiente: 52,45% hombres y 47,55% mujeres.
Descripción del problema/necesidades.
Aunque aparentemente la plantilla muestra una distribución por géneros equilibrada, la desigualdad se aprecia en la composición del cuadro directivo (Comité de Dirección y Responsables de Departamento). Solamente el 32,26% son mujeres. Otra evidencia de la desigualdad la encontramos en la promoción interna.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se pretendió diagnosticar el nivel de aplicación real de los derechos reconocidos y las oportunidades de promoción profesionales para ambos géneros. Se entrevistaron, según muestra aleatoria, un 10% de empleados de la organización, siendo previamente informados de la finalidad del proyecto.
A partir de la constatación de la no discriminación formal, se investigan las causas de una mayor presencia de hombres en los puestos ejecutivos y de representación.
Después de realizar un diagnóstico de la situación, se proponen un conjunto de medidas para alcanzar la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres. Los tres ejes de actuación serán el impulso de la igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo, en las condiciones de trabajo, y la reorganización horaria para compaginar vida laboral y familiar.
Resultados obtenidos.
La mayoría de los participantes reconocieron que partían (incluyendo a las mujeres) del prejuicio de no creer en la existencia de desigualdad. A la finalización del proyecto, y tras la publicación de conclusiones, se constata una mayor conciencia de la necesidad de medidas incentivadoras de la igualdad, manifestada por las solicitudes de participación en comisiones y grupos de trabajo.
Lecciones aprendidas.
La realización del Plan de Igualdad ha permitido fijar objetivos concretos, estrategias y prácticas a adoptar para su consecución, así como el establecimiento de sistemas eficaces de seguimiento y evaluación de los objetivos fijados.
Independientemente de los procesos formales internos, la realidad social y familiar de los trabajadores condiciona la posibilidad de promoción en la carrera laboral.
Los diferentes niveles académicos y culturales han tenido una menor influencia de lo esperado en la valoración y expectativas de las personas encuestadas.
En general se ha valorado muy positivamente el interés de la empresa en explorar esta realidad y contribuir a su mejora.

C-1063

LA IMPLICACIÓN DE LOS ADMINISTRATIVOS EN LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES

Sonia Burgos Casado y Alberto Nivela Mosquera.
Casap Can Bou
Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realiza en el centro de salud de atención primaria. En el participan tanto administrativos, médicos y enfermeros como las propias residencias.
Descripción del problema/necesidades.
Se detecta un alto volumen de visitas para atender las necesidades de las residencias privadas (recetas, derivaciones, ambulancias,...), aumentando las listas de espera. También hay descoordinación y falta de control en el seguimiento de los pacientes de las residencias, tanto clínico como administrativo.
El centro de salud atiende 22 residencias con cerca de 900 pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se crearon grupos focales formados por administrativos, médicos, enfermeras y representantes de las residencias para analizar el problema. Se analizaron los circuitos y se dispusieron soluciones en un plazo de 2 meses. A cada residencia se le asigna un administrativo para que gestione todas sus solicitudes.
Las solicitudes clínicas se transforman en solicitudes administrativas; La residencia ya no necesita pedir visitas para sus pacientes. Se comunican con el administrativo y este gestiona todas sus peticiones (vía medico, enfermero o el mismo).
Resultados obtenidos.
Las residencias ven reducido el tiempo de espera de sus solicitudes, a la vez que disminuye el volumen de visitas del médico.
La mejor coordinación asegura una mejor gestión de las pruebas diagnosticas y de las derivaciones a 2º nivel asistencial
Lecciones aprendidas.
Hay que considerar a los administrativos del equipo de salud como profesionales sanitarios aunque no sean asistenciales. La formación especifica para este fin y su implicación en los circuitos asistenciales, incluida la gestión de residencias, produce efectos beneficiosos tanto para el centro de salud, como para la propia residencia.

C-1064

COMPROMISO Y EXCELENCIA EN RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA: PRINCIPIOS DE CONDUCTA DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ELVIRA RODRÍGUEZ, B.; SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO, M.; DELGADO MARCHANTE, M.; MARTÍNMAESTRO POLO, P.; MANZANARES CAÑIZARES, R. Y CACHON RODRÍGUEZ, M..
DIRECCIÓN ASISTENCIAL ÁREA 1 ATENCION PRIMARIA

Palabras Clave: Responsabilidad Social Corporativa, Codigo Etico, Conducta,Profesionales

RESUMEN

Contexto de partida.
La Dirección del Área 1 de Atención Primaria del SERMAS, incorporó durante el 2007 en su gestión la filosofía empresarial "Responsabilidad Social Corporativa" (RSC), y se planteó como uno de sus objetivos la elaboración de un documento de Principios de Conducta. Para su realización se implicaron profesionales del área, representando a las diferentes categorías de la misma, designados por el Consejo de Gestión del Área en función de sus valores y perfil.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo de la implantación del proyecto responde a la necesidad de problema/ contar con un documento institucional de valores, normas y criterios,necesidades basado en la cultura del Área y que sirva de guía y apoyo a los comportamientos de los diferentes profesionales, en relación a todos aquellos grupos de interés con los que se relacionan. Para su realización se partió de un grupo ampliado de profesionales, que revisaron la misión y visión del Área y definieron los valores de la misma.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante seis meses, el grupo de trabajo constituido por diez profesionales como "Grupo de Principios de Conducta", se reunió mensualmente para definir contenidos del documento y consensuarlo. Se trabajó presencialmente y por correo electrónico. En la fase de difusión, se utilizó la Metodología de Gestión por Procesos, fue secuencial: Implicación de los líderes del área, pilotaje en cuatro centros de salud mediante presentación en reunión de equipo, Jornadas anuales del área (mesa redonda específica), habilitación de espacio en Intranet (documento y buzón de sugerencias) y finalmente díptico resumen personalizado.
Resultados obtenidos.
Generación de un documento de Principios de Conducta que incluye como grupos de interés usuarios, profesionales, sociedad, gerencia, proveedores y aliados. Diseño de estrategia de implantación con definición de indicadores para seguimiento y difusión. Elevada satisfacción en la valoración cualitativa mediante informadores clave, de los profesionales implicados en el pilotaje en los centros.Evaluación con registro específico en las Jornadas del Área.
Lecciones aprendidas.
El trabajo en equipo por profesionales de distintas categorías hacefactible generar un documento centrado en valores del Área y conductas de los profesionales de la misma. Establecer una estrategia de implantación, facilita el conocimiento del documento generando reflexión de los profesionales. Disponer de este documento, dentro del marco de la RSC, es útil para el desarrollo de la organización. Se precisa de la nueva medicción de los indicadores y grado de satisfacción tras un período más largo de implantación del documento.

C-1065

ORGANIZACIÓN DE PEDIATRÍA EN PRIMARIA: LOS NIÑOS DE UNO EN UNO.

*TORRES MORENO, S.; MEDICO EBAP; PÉREZ RAMÍREZ; C.; MEDICO EBAP; CARRION RAMOS R.; MEDICO EBAP; LOZANO MERIDA R. MEDICO EBAP; GÓMEZ MONTES C.; MEDICO EBAP Y GUERRERO MARTÍN, R. ADJUNTA ENFERMERIA.
C. S. Los Boliches

Palabras Clave: Organización, Pediatría, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en C.S. Los Boliches. Fuengirola.
Departamento de Pediatría.
Pediatras y Dirección del centro.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto fue planteado por la ineficacia e insatisfacción de la antigua organización de las agendas de pediatría tanto para los profesionales como usuarios. En el antiguo sistema el pediatra tenía al mismo tiempo consulta a demanda y consulta urgente insertada entre los pacientes.
Esto creaba gran malestar en: madres tanto de consulta a demanda (porque no entraban a su hora) como en las que venían de urgencias (porque tenían que esperar según la prioridad de la demanda), como en los profesionales dadas las discusiones con los usuarios.La causa del problema radicaba en que un profesional solo puede realizar una actividad a la vez, consulta o urgencias estando ambas claramente demarcadas. El problema se cuantifico con el grado de malestar creado a todos los niveles, profesionales,usuarios y gestores (ej. Numero de reclamaciones).
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se llevó a cabo tras una mesa redonda (Dirección y soluciones aportadas pediatras) tras la que se llegó al acuerdo de la nueva organización de las agendas.Primera fase:Análisis de la situación:mesa redonda (Dirección-pediatras):la dirección aporta los malos resultados obtenidos, las reclamaciones, las cartas de las asociaciones. Escucha activa a los pediatras y aporte de soluciones por parte de estos. Como resultado se obtiene un proyecto de nueva agenda por tramos.Segunda fase: Puesta en marcha de la nueva agenda: con horarios de consulta a demanda, consulta no demorable y consulta de salud infantil, rotando dichos tramos horarios entre los tres pediatras.
Un pediatra tenía en el mismo día consulta a demanda, salud infantil y consulta no demorable, quedando cubierto el centro con consulta no demorable desde 8 a 20 horas del dia.Tercera fase: Comprobar su efecto en la demora, impacto en los profesionales y usuarios (ya que se disminuye el tiempo de consulta a demanda).Cuarta fase: Finalización: Seguimiento y evaluacion.
Resultados obtenidos.
Resolución de los problemas a nivel de usuario (disminución del 98% de las reclamaciones), profesional(mayor rendimiento, menor insatisfacción, mayor motivación), dirección (mayor satisfacción, carta de apoyo y agradecimiento de asociaciones de madres, menor numero de reclamaciones.
Lecciones aprendidas.
El trabajo en equipo mediante la escucha activa de todos los implicados hace que las soluciones sean más factibles. El profesional es motivado, presenta mayor rendimiento y mayor satisfacción.En un futuro podría incorporarse a algún representante de la asociación de madres.

C-1066

MERCADO DE IDEAS EN LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

ANNA JOVER.
HOSPITAL PLATO FUNTACIO PRIVADA

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

Con el 1º Plan Estratégico (2003-2007), se creó un Plan de Ética Institucional y una comisión con el objetivo de velar por el cumplimiento del Plan, generar ideas y objetivos y colaborar en la implantación y con los grupos de interés. En 2º Plan Estratégico (20072010), se alinearon los valores con los cuatro pilares de la RS

Descripción del problema/necesidades.

La creación de objetivos anuales de responsabilidad social mediante la presentación en las jornadas estratégicas anuales del Hospital, de un "mercado de ideas" que serán votadas por los participantes. Las tres ideas mas votadas seran aplicadas.El objetivo es incrementar la participación en la toma de decisiones y la implicación en los proyectos

Desarrollo y soluciones aportadas.

En la Comisión de Responsabilidad Social y Gestión Ética que depende de la Dirección General y es miembro nato la Dirección de la RS,surgió la idea de que los objetivos 2009, fueran seleccionados no por nuestro modelo de gestión (EFQM), sino a través de un mercado de ideas y estas fueran votadas por la organización durante nuestras jornadas estratégicas anuales

Resultados obtenidos.

Se han generado ocho ideas a presentar en las jornadas estratégicas. Han participado en los grupos generadores de las ideas cuarenta personas .Dichas ideas se agrupan en: 1) Participación de los ciudadanos en las decisiones asistenciales de nuestra área de influencia territorial 2) Ayudas y colaboración en el tercer mundo 3) Prevención interna de la salud y voluntariado 4) una que afecta tanto a los grupos de interés como a los trabajadores del Hospital

Lecciones aprendidas.

La participación ha sido positiva, durante la fase de creación de ideas y preparación del "mercado",que 40 personas hayan participado es prueba del incremento de la participación y motivación. La implicacion de los participantes (160) en "tiendas" de ideas hizo que el comité organizador propusiera a todos no abrir la urna de votaciones y aprovar todas las ideas a realizar los años 2009/2010.

C-1067

CUIDADOS PALIATIVOS EN ANDALUCÍA: VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL POR PROFESIONALES DEL SSPA

MARÍA ESCUDERO CARRETERO; PALOMA RUIZ ROMAN; ANDRÉS CABRERA LEÓN; RAFAEL CÍA RAMOS; AUXILIADORA FERNÁNDEZ LÓPEZ Y REYES SANZ AMORES.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: Cuidados Paliativos, Profesionales, Análisis cuantitativo

RESUMEN

Contexto de partida.

Al inicio del primer Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACP), se consideró necesaria una evaluación previa sobre la situación de los CP que sirviera también como medida previa para una evaluación del Plan, tras sus cuatro años de vigencia: 2008-2012. Estudio realizado en 2008. Han participado 500 profesionales, así como gestores y gestoras (de distintos centros, rango, servicios y nivel asistencial) del SSPA.

Descripción del problema/necesidades.

Pretendía dar respuesta a la necesidad de partir de un conocimiento lo más veraz y detallado posible de la valoración que profesionales del SSPA hacen de la provisión de cuidados paliativos en la comunidad andaluza. No existían estudios específicos realizados en Andalucía sobre este tema. Este estudio es pionero e innovador, en ese sentido.
El proyecto puede tener amplia repercusión en todos/as los/as pacientes andaluces que necesiten CP, pues servirá para guiar las actuaciones del PACP y mejorar la atención a los CP en Andalucía.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diseño: Observacional transversal. Ámbito: Andalucía.
Universo: Profesionales y gestores/as del SSPA.
Muestra: 500. Muestreo bietápico (centros y especialidades)
Técnica: Entrevista telefónica a través del sistema CATI.
Análisis: Descriptivo, estratificado y bivariante.

Resultados obtenidos.

La situación actual de los CP es calificada como buena o muy buena por el 72'9% de personas entrevistadas. El motivo más aducido es la mejor atención o trato que se proporciona. Tienen peor opinión profesionales con 6 a 10 años de experiencia y profesionales de urgencias hospitalarias. Principales razones de calificación negativa son la falta de medios, de personal y de formación/información. La situación actual comparada con la situación hace cinco años es considerada mejor o mucho mejor por 91'7% de personas entrevistadas, especialmente por profesionales con más de 10 años de experiencia y por profesionales de atención primaria. La mayor fortaleza hoy en el ejercicio de los cuidados paliativos se considera la creación de unidades específicas.

Lecciones aprendidas.

Los resultados permiten conocer la percepción de profesionales y gestores/as sobre la situación actual de los CP en Andalucía y las razones que han conducido a dicha situación, lo que facilita tomar decisiones sobre acciones a implementar y aspectos de mejora.
También ofrece información sobre qué profesionales valoran mejor y peor la situación de los CP, lo que posibilita delimitar ámbitos de intervención.

C-1068

EXPECTATIVAS DE PROFESIONALES SOBRE EL PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS.

MARÍA ESCUDERO CARRETERO; PALOMA RUIZ ROMAN; ANDRÉS CABRERA LEÓN; RAFAEL CÍA RAMOS; AUXILIADORA FERNÁNDEZ LÓPEZ Y REYES SANZ AMORES.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Palabras Clave: CP, Profesionales, Evaluación de programas, Análisis cuantitativo, expectativas

RESUMEN

Contexto de partida.

Al inicio del primer Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACP), se consideró necesario hacer una evaluación previa que orientara la priorización de acciones a implementar. Estudio realizado en 2008, han participado 500 profesionales del SSPA, tanto asistenciales como gestores y gestoras (de distintos centros, servicios y nivel asistencial).

Descripción del problema/necesidades.

Necesidad de partir de un conocimiento lo más veraz y detallado posible de las expectativas de profesionales y gestores/as sobre el PACP, para poder gestionarlas. No se ha encontrado un estudio similar.

El proyecto puede tener amplia repercusión en todos/as los/as pacientes andaluces que necesiten CP, servirá para guiar las actuaciones del PACP y mejorar la atención a los CP en Andalucía.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diseño: Observacional transversal. Ámbito: Andalucía.
Universo: Profesionales y gestores/as del SSPA.
Muestra: 500. Muestreo bietápico (centros y especialidades)
Técnica: Entrevista telefónica a través del sistema CATI.
Análisis: Descriptivo, estratificado y bivariante.

Resultados obtenidos.

53% de entrevistadas se consideran muy o bastante informadas sobre los contenidos del PACP. Quienes afirman estar más informados son profesionales con más de 10 años de experiencia y profesionales de atención primaria. Se priorizan estas líneas de actuación: coordinación entre profesionales, formación de profesionales, apoyo emocional y formativo a cuidadoras informales y participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones, por este orden. La mayor dificultad que se prevé en la aplicación del PACP es la falta de recursos económicos y materiales. Mayoritariamente se considera que los beneficios de este plan serán: mejor atención y cuidados a pacientes y familiares y mejorar la calidad de vida y ayudar a tener una muerte digna. 43'7% de las personas entrevistadas opinan que este plan mejorará mucho la situación de los CP en Andalucía.

Lecciones aprendidas.

Las personas entrevistadas expresan claramente sus expectativas sobre el PACP, así como sus prioridades. Esta información es de gran utilidad para la implementación del Plan, permite dar respuesta a parte de esas expectativas y gestionar / comunicar porqué no se puede dar respuesta a otras. Esta es una práctica de calidad al comienzo de una intervención de este calado.

C-1069

EXPERIENCIA DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN MEDIANTE HERRAMIENTAS ON LINE

CASTRO ROSALES, L.; HEREDIA FERNÁNDEZ, M.; CORTÉS SANTIAGO, J.; MORCILLO RÓDENAS, C.; ORTIZ ESPINOSA, J. Y SÁNCHEZ DEL PINO, R..
DISTRITO SANITARIO GRANADA

Palabras Clave: Primiaria, Comunicaicón, Ciudadanía, Profesionales, Online

RESUMEN

Contexto de partida.

Se constituyó un grupo multidisciplinar en el Distrito de Atención Primaria (DAP) formado por profesionales de la unidad de atención a la ciudadanía (UAC), informáticos, equipo de técnicos y equipo directivo.

Una vez diseñadas las herramientas de comunicación se dieron a conocer -mediante diversas estrategias-a los profesionales de los Centros de Salud (CS) y a la población general

Descripción del problema/necesidades.

Hasta ese momento, la comunicación con los ciudadanos/as para cualquier necesidad sólo era posible directamente en los CS o vía telefónica. Respecto a los profesionales, las vías eran lentas a través del correo interno y documentos siempre en formato papel El objetivo era doble: mejorar la comunicación con la ciudadanía y con los profesionales del DAP, utilizando en ambos casos herramientas on line. En el primer caso se diseñó una págína Web (W) con tres máximas: sencillez, contenidos de interés para la población y que fuera fácilmente actualizable desde el DAP.

Para mejorar la comunicación con los profesionales de los CS se diseñó lo que hemos de nominado "SACratif". Se trata de un portal ubicado en la intranet del DAP y accesible desde los escritorios de Diraya de todos los profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se constituye el grupo multidisciplinar que lleva a cabo un análisis de soluciones aportadas situación, consulta otras experiencias y plantea y diseña dos posibles herramientas, adaptadas a las necesidades peculiares de cada uno de los colectivos (ciudadanía/profesionales). Respecto a SACratif, el equipo informático del DAP, en coordinación con los diseñadores del proyecto dan acceso a todos los profesionales de los CS. Además, se llevan a cabo varias sesiones informativas y formativas de su uso y contenidos en todos y cada uno de los CS.

Resultados obtenidos.

Se han tenido casi 18.000 entradas a la W, de ellas el 90% han sido para información general. Un 8% de las entradas han sido para solicitud de citas a medicina de familia y pediatría.

Estamos en la última fase de acreditación de la W por la Agencia de Calidad de Andalucía.

El SACratif se ha convertido en la principal vía de comunicación entre el DAP y los profesionales de los CS. Casi el 100% de los profesionales de las UAC y el 50% de los profesionales sanitarios acceden a él a diario en busca de información.

Lecciones aprendidas.

En Atención Primaria debe potenciarse la utilización de las herramientas on line para mejorar la comunicación tanto con los ciudadanos como con los profesionales.

Con el fin de que tales herramientas cumplan su objetivo de mejora de la comunicación, deben ser fáciles en su acceso y de actualización permanente.

C-1070

RESPONSABILIDAD CORPORATIVA, INMIGRACIÓN, DROGODEPENDENCIAS Y VOLUNTARIADO: EL CICLO CONTINUO.

URAN GARCÍA, J. E.; LORENZO VILLAR, A.; CARCAR BENITO, J.; MARTÍNEZ CARRILLO, J. A.; JIMENEZ ROSET, J. Y RUIZ ROS, J. M..
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO CONSEJERÍA

Palabras Clave: Drogodepecias inmigración, responsabilidad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en la Consejería de Sanidad, Dir. G.de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo, Coordinación Regional Técnica de Drogodependencias.
Los grupos implicados han sido: personal de los órganos citados, Consejería de Sanidad, Servicio Murciano de Salud, Consejeria de Política Social y diferentes Asociaciones y ONGs.
Descripción del problema/necesidades.
Objetivos dentro del Plan Regional de Drogas 2007-2010, y Estrategias para el desarrollo sostenible de la Sanidad 205-2010. Las estrategias son:
a) Desarrollo de programas de RSC dentro de las líneas de desarrollo sostenible de la Sanidad b) Actividades ocupacionales a enfermos mentales y drogodependientes.
Acciones para el análisis, items:
Autocuidado; accesibilidad del inmigrante al sistema sanitario murciano; promoción de la problematica de droga, inmigración y salud; fomento entre los empleados del voluntariado.
En la cuantificación fue utilizado el Análisis del Plan regional de Drogodependencias , y del documento Estrategias para el desarrollo Sostenible, que se fueron actualizando.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El modelo estrátegico de gestión de Responsabilidad Social Corporativa, se realiza a través del ciclo PDCA Plan-Do -Check-Act, ciclo cerrado en el que conforme se vayan alcanzando los objetivos planeados se van fijando otros más ambiciosos.
Personal sociosanitario que creen en el desarrollo de iniciativas para promover y fomentar el comportamiento socialmente responsable. La difusión fue a través de cursos, jornadas.
Fases: 1ºElaboración del Plan Regional de Drogodependencias, y Estrategias Sanidad Sostenible, fijación de objetivos; 2ºAprobación ;
3ºEjecución.
Resultados obtenidos.
Año 2007
Convenios firmados con ayuntamientos: 12 Convenios firmados con mancomunidades: 3 Convenios con asociciones, ONGs: 18 Actividades formativas: 29 Becarios: 13 Personal formado: 725 Año 2008 Convenios firmados con ayuntamientos: 15 Convenios firmados con mancomunidades: 3 Convenios con Asociaciones ONGs:18 Actividades formativas: 32 Becarios: 17 Personal formado: 800
Lecciones aprendidas.
Lecciones:
1ºEl objetivo fundamental es hacer posible que nuestra sociedad sea mejor. Puede que suene utópico pero estamos convencidos de que hoy en día las empresas, en este caso la sanitaria, son las palancas del cambio social. 2ºSon los empleados quienes viven en la comunidad, quienes conocen las realidades sociales, quienes trabajan con los grupos excluidos. Existe una necesidad de incorporación de del voluntariado social corporativo.

C-1071

COMISIONES TÉCNICAS DE ENFERMERÍA: EXPERIENCIA DE MEJORA Y SOSTENIBILIDAD

REQUENA,TORO MV; JIMENEZ, RUIZ.M; PADILLA,ROMERO.L Y TORRES,PÉREZ,LF.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Palabras Clave: Profesionales,circulos de calidad,comisiones tecnicas,mejora continua

RESUMEN

Contexto de partida.
A principios del año 1997 un grupo de enfermeras del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga guiadas por participar en primera persona en la mejora de la atención de los usuarios del centro, conformaron la comisión de protocolos, más tarde se añadieron una serie de comisiones técnicas, que a instancias de la Dirección de Enfermería y al amparo de lo establecido en el artículo 14 del Decreto 462/1996, se constituyen las Comisiones de Trabajo o Comisiones Consultivas, dependiente, a su vez, de la Junta de Enfermería. Es así, como se crean las comisiones Técnicas de Protocolos, Educación para la Salud, Planes de cuidados y registros, Humanización y Apoyo a la Investigación. Todas estas comisiones se coordinan desde el departamento de Calidad y Procesos en aras de cohesionar las diversas iniciativas.
Descripción del problema/necesidades.
Necesidad normalizar la práctica y los programas de educación para la salud, que sirven de soporte a los Cuidados en nuestra organización. Definir los contenidos y la adecuación de los mismos a la normativa general que prevé la Dirección de Enfermería y la Junta de Enfermería, y sobre todo la adaptación a las necesidades de nuestros usuarios y a la mejor la evidencia científica disponible. Crear un grupo estable de profesionales enfermeros con inquietudes en el campo de la investigación, que actúe en pos de su fomento y desarrollo. Constituir un grupo de referencia con inquietudes en el campo de la humanización, bioética y deontología profesional, que actúe como núcleo básico de desarrollo a nivel de los cuidados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Desde 1997 hasta el año 2009 lo que empezó como un pequeño grupo de profesionales de enfermería, ha terminado configurándose en una serie de comisiones técnicas de enfermería con entidad propia, con normas de funcionamiento institucionalizadas y reconocidas y objetivos alineados con la organización, con reuniones periódicas y participación renovable de forma anual. Abiertas a todos los profesionales (AP y AE) y cuya participación y producción es evaluada anualmente y constituyen los pilares del trabajo enfermero de nuestro centro.
Resultados obtenidos.
A lo largo de estos año han participado 1595 profesionales de todas las areas y se han generado un total de 412 documentos, implementados en la práctica diaria y colgados en la página Web corporativa, disponibles para todos los profesionales.
Lecciones aprendidas.
Un esfuerzo continuo y monitorizado desde una unidad de referencia ha sido capaz de mejorar la calidad de los Cuidados que ofrecemos y motivar a los profesionales a alinearse con los objetivos de la Organización.

C-1072

CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO COMO INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

ANDRES LÓPEZ ROMERO; ANA MIQUEL GÓMEZ; ELENA BARTOLOME BENITO; JOSE LUIS SÁNCHEZ SUAREZ; RODOLFO FERNÁNDEZ MORENO Y ROSA Mª FERNÁNDEZ GARCÍA.
SGYSOAP

Palabras Clave: Contrato Programa RSC

RESUMEN

Contexto de partida.

El Contrato Programa de Centro de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, liderado en su elaboración por la Dirección General de Atención Primaria (DGAP), es aplicable a los 257 Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

Descripción del problema/necesidades.

Los Centros de Atención Primaria, están integrados por equipos multidisciplinares, sometidos a tensiones y cargas de trabajo derivados del proceso asistencial.

Su trabajo impacta en la sociedad directamente.

En la gestión diaria, se generan residuos y se consume material y energía.

Abordar los tres principios éticos de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) (profesionales, sociedad y ambiente) ha sido una necesidad identificada por la DGAP entre sus líneas de actuación para 2009.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El Contrato Programa de Centro (CPC) es definido por la DGAP como el soluciones aportadas instrumento para potenciar el desarrollo de la RSC.

El modelo EFQM elegido para el diseño del CPC permite valorar, a través de su línea transversal, la RSC en los criterios del modelo.

Se revisan experiencias al respecto en los Contratos de Gestión de años previos. Se identifican los criterios del modelo en los que incidir.

En reuniones de grupos de trabajo se definen los objetivos a potenciar.

Se incluyen en el CPC y se implantan en toda la Comunidad.

En julio de 2009 se realizará un seguimiento de las actividades emprendidas.

Resultados obtenidos.

Diseño del CPC: Se incluyen objetivos en los Criterios 1 (existencia de documento organizativo donde se recojan estos aspectos) en el 2 y en el 9(asignación y seguimiento presupuestario) en el 3 y 7 (desarrollo profesional para todos los estamentos), en el 4 (gestión eficiente de almacén, conservación de medicamentos termolábiles, fotosensibles y de vacunas, sistematización de la gestión de residuos e impulso de la informatización), en el 5 (gestión del carro de parada con control de caducidades de medicamentos), en el 6 y en el 9 (promover actuaciones de seguridad del paciente), y muy especialmente en el 8 (implantar actuaciones que contribuyan a la sostenibilidad del medio ambiente, implantar actuaciones de intervención comunitaria, divulgación de publicaciones de educación para la salud y difusión de resultados de investigación).

En el Congreso se aportarán resultados del corte a realizar en julio.

Lecciones aprendidas.

Los profesionales sostienen la Organización, por tanto, debemos cuidarlos Formamos un todo con la sociedad a la que pertenecemos El futuro se construye conservando el medio ambiente

C-1073

SEGURIDAD PASIVA DE LOS PROFESIONALES EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

RUIZ BENÍTEZ, G.; DE LA FUENTE RODRÍGUEZ, JM.; MORENO CHAPARRO SÁNCHEZ, MM.; DELGADO DÍAZ, J.; SÁNCHEZ SALADO, J. Y CANTERO GARCÍA, JP..
JFUENTE@CA.EPES.ES

Palabras Clave: Seguridad, Prevención Riesgos Laborales, Accidentes Hemáticos

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Servicio Provincial (SP) de Cádiz de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), encargada de la asistencia a las emergencias extrahospitalarias de nuestra población, además se trabaja desde 2002 en la Seguridad Pasiva del profesional frente a los accidentes biológicos hemáticos, implicando a enfermeros, médicos y técnicos de emergencias del servicio.

Descripción del problema/necesidades.

El “Estudio multicéntrico sobre las características de las exposiciones a riesgo biológico hemático de los profesionales sanitarios” (EPINETAC), hizo públicos los accidentes biológicos a los que está expuesto el personal sanitario. Su publicación, la de resoluciones de la OMS para la seguridad del profesional y una directiva europea, lleva a España a dedicar una partida presupuestaria al estudio de la eficacia de dispositivos de bioseguridad. Todo ello da su fruto y se establecen normativas con programas de prevención de riesgos biológicos (RB) de obligado cumplimiento y planes específicos de prevención de RB que se completan con la Ley 31/95 de prevención de riesgos laborales y al Real Decreto 664/97 sobre protección de los trabajadores contra los RB durante el trabajo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde 2002 se han implantado en las bases del SP distintos dispositivos de bioseguridad adicionales a los EPIs ya existentes y rediseñados, complementándose con formación específica sobre su uso e indicaciones y su incorporación a los procedimientos, procesos y protocolos. Los EPIs se constituyen con uniformidad de alta visibilidad, cascos de seguridad, gafas de protección antisalpicadura, mascarillas de protección FPP3, guantes de nitrilo resistentes, guantes de trabajo y botas de seguridad. Por otro lado, los dispositivos de bioseguridad implantados durante el proyecto fueron angiocatéter de seguridad antipinchazos, campanas de extracción de analíticas de mínima manipulación, lancetas de punción percutánea de seguridad, glucómetros con mecanismos de expulsión de tiras reactivas, tapón de seguridad antirreflujo y bisturís desechables con mango.

Resultados obtenidos.

Los estudios y la normativa referidos condicionaron una política del SP y EPES en fortalecer las prácticas de protección a sus profesionales. Con todo se comprobó que, desde 2002, no existe una incidencia significativa de accidentes laborales en este sentido.

Lecciones aprendidas.

A través de estudios se ha conocido el riesgo inherente a la actividad que desarrollamos y la posibilidad de reducir ese riesgo con la incorporación de dispositivos de seguridad en la práctica habitual. En definitiva, la seguridad del paciente se basa en la seguridad del profesional

C-1076

INFORMACIÓN Y SEÑALIZACIÓN PARA TODOS

ALMENDROS ORTEGA, S.; GUTIÉRREZ CUADRA, P.; ARROYO LÓPEZ, C.; ALFONSO MÉNDEZ, L.; BLANCO GARCÍA, M. Y EXPÓSITO HERNÁNDEZ, J..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras Clave: Accesibilidad, Normalización, Diseño Para Todos, Comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Este estudio piloto ha sido implementado en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, contando con la participación de los profesionales del centro, diferentes colectivos de usuarios beneficiarios de la medida, así como empresas y expertos en accesibilidad y nuevas tecnologías.

Descripción del problema/necesidades.
Los sistemas de información y señalización de los hospitales presentan importantes déficits que dificultan la orientación a todos los usuarios, en especial a las personas con discapacidad o carencias. El objetivo de este estudio es normalizar dichos sistemas en los centros sanitarios públicos del Sistema Sanitario Público Andaluz, haciéndolos accesibles para todos los usuarios.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Al objeto de conocer los factores que dificultan el acceso a la información, se ha desarrollado una investigación cualitativa y cuantitativa en la que han participado más de 300 personas (usuarios con discapacidad; mayores de 65 años; profesionales sanitarios y expertos en accesibilidad), a través de grupos de discusión, encuestas y sesiones de acompañamiento a pacientes en su recorrido habitual por el hospital -observación participante-. Fruto de ella, se han desarrollado soluciones de señalización física y tecnológica accesibles, las cuales han sido pilotadas en la planta baja del Hospital General para, posteriormente, evaluar su grado de aceptación y eficacia. Entre estas soluciones destaca una cartelería accesible -con braille-; un sistema de bandas de colores que guían a distintos servicios; una aplicación “Teleguía” que proporciona planos que indican el recorrido a seguir o un servicio de orientación en red.

Resultados obtenidos.
La evaluación de las soluciones pilotadas mediante metodología cuantitativa y cualitativa (encuesta y observación participante) ha permitido constatar la eliminación de los déficits presentes en los sistemas de información y señalización del hospital en su fase previa al pilotaje, y la creación de un entorno apto para todos, con diseños accesibles de uso normalizado, el cual facilita notablemente la orientación a todos los usuarios.

Lecciones aprendidas.
Los actuales sistemas de señalización de los centros sanitarios no responden a las necesidades planteadas por el público general ni posibilitan el acceso y orientación autónoma de los usuarios con discapacidades o carencias. La implantación de la propuesta de señalización de este proyecto se identifica como efectiva, aportando recursos alternativos a los tradicionales, tanto de carácter físico como tecnológico, que posibilitan un acceso fácil y normalizado a la información.

C-1077

PROGRAMA DIVER. PEDIATRÍA

MARTA SERRANO RAMOS; JAVIER SUAREZ CARRASCO Y INMACULADA GARCÍA DE LA CORTE.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Pedagogia Hospitalaria, Calidad De Vida, Humanizacion

RESUMEN

Contexto de partida.
DIVER es un programa del hospital universitario Virgen Macarena y Área, aplicado en el departamento de pediatría del Hospital Virgen Macarena. Los grupos implicados son: -subdirector de proyectos del hospital, coordinadora de voluntariado y eventos, coordinadora del programa. -Diferentes asociaciones que tienen acuerdos de colaboración con Participación Ciudadana del hospital, y que se ve reflejado en el programa de voluntariado que llevan a cabo en el mismo. Se incluye así a una amplia red de voluntariado que participa en dicho programa (128 voluntarios) -Profesionales médicos y de enfermería de Pediatría

Descripción del problema/necesidades.
El programa actúa sobre niños ingresados y familiares/cuidadores, tras observar la necesidad de este colectivo de ocupar su tiempo mas allá de su enfermedad, tratando al enfermo. Planta de pediatria-100 camas, a diario hay entre 60-80 niños. Se analiza la posibilidad de humanizar y minimizar el impacto de la hospitalización en dicho colectivo, infancia.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se facilita un aula para niños y familiares, se informa del programa a soluciones aportadas todo el personal sanitario y no sanitario. Se busca apoyo de voluntariado para desarrollar los talleres del programa, todos los dias.
A través del voluntariado de la Universidad de Sevilla, ADIMA y otras asociaciones se crea la red de voluntariado. El prog. DIVER incluye talleres a diario (Cuentacuentos, manualidades, payasos, inglés, papiroflexia..) los voluntarios van implicándose en los mismos. Se crean talleres para padres (Sistema sanitario, prevención de enfermedades, primeros auxilios...)

Resultados obtenidos.
se traducen a un compromiso directo por parte del voluntariado. Niños y padres satisfechos por las actividades que se desarrollan, se amplia el programa con actividades extrahospitalarias y visitas de personalidades al mismo para ver a los niños. Organizacion fiestas/animación durante el año. Niños que vuelven de visita ya fuera de su hospitalización, familiares implicados y personal de Pediatría que miden los efectos positivamente. Han disminuido las llamadas de atención (por dolencia, quejas o enfermedad) en los puestos de enfermería. Realización de cuestionarios a los destinatarios del programa.
Se crea el acompañamiento en habitaciones para los niños que no pueden ir al ciberaula. Voluntariado que acompaña al ingresado, llevando el material del Ciberaula y desarrollando la actividad en la habitación

Lecciones aprendidas.
importancia de humanizar los hospitales. Necesidad de difusión del programa para su expansión y creacion de nuevos para resto de colectivos (geriatria, salud mental)

C-1078

ENSEÑANZA UNIFICADA AL INICIO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA HOSPITALARIA Y DE MEDICINA DE FAMILIA

ROSA Mª VILLALONGA VADELL; RAMÓN PUJOL; COMISIÓN DE DOCENCIA; ALBERTO SALAZAR Y XAVIER CORBELLA.
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Palabras Clave: Docencia, Simulación, Urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitari de Bellvitge y Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Campus Bellvitge. IDIBELL Jefatura de estudios. Comisión de docencia de Formación sanitaria especializada. Facultativos del hospital, profesores de la Facultad.

Descripción del problema/necesidades.
El inicio de la vida laboral, sobre todo en el área de urgencias, requiere seguridad y conocimiento de las prácticas más habituales sobre las patologías más prevalentes. Debe existir también coordinación entre la medicina hospitalaria y la primaria. La realización de un curso de introducción unificado para los residentes de hospital y los de medicina de familia del área de influencia, debe facilitar y cohesionar la asistencia, manteniendo una correcta calidad asistencial. Se valoraron las experiencias previas, identificando los puntos débiles y las medidas de mejora ha realizar.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se inició en 1990 como un curso teórico para los nuevos residentes, sobre casos clínicos urgentes más frecuentes, como introducción a las guardias médicas. Fué valorado y diseñado por el coordinador del urgencias, el jefe de estudios y los médicos de urgencias y los tutores docentes. La simulación para habilidades clínicas, permite realizar técnicas y exploraciones agresivas con seguridad, de manera repetida y sin peligro para el paciente. En 2004 se añadieron al curso talleres de habilidades clínicas en colaboración con la Facultad de Medicina, incrementando progresivamente el número de prácticas y habilidades a realizar. En 2007 se inició la colaboración de los médicos residentes mayores en los talleres. Se ha valorado la participación de los residentes y el grado de satisfacción del curso durante el periodo 2005-09.

Resultados obtenidos.
Durante este periodo han participado 179 residentes mayores. 519 residentes de primer año han realizado el curso. El 87% lo consideró útil para mejorar conocimientos y para conocer las urgencias. Un 81% consideró adecuado el programa. El grado de satisfacción de los talleres fué del 87%. La enseñanza de prácticas, técnicas y algoritmos facilitó la actuación de los nuevos médicos residentes, iniciando las guardias más seguros.

Lecciones aprendidas.
Esta metodología docente permite reforzar conocimientos con seguridad, facilita la acogida e interrrelación de los nuevos residentes, iniciando su actividad asistencial de manera segura para los pacientes. Permitió a los nuevos residentes conocer al personal del hospital y a los residentes mayores con los que inician su vida laboral, así como el conocimiento entre todos ellos al trabajar y compartir experiencias juntos.

C-1079

HERRAMIENTA PARA LA DIFUSIÓN DEL PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN GESTANTES EN HOSPITAL DE PONIENTE.

SEGURA GARCÍA, M.T.*; LÓPEZ FERNÁNDEZ, M.T.; JIMENEZ LIRIA, M.J.; ARTERO LÓPEZ, C.; MACHADO RAMÍREZ, F. Y MORAN SÁNCHEZ, A.J..
EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Parto, Inmigración, Información

RESUMEN

Contexto de partida.
Área materno-infantil de H. Poniente por equipo multidisciplinar.

Descripción del problema/necesidades.
El proyecto se llevó a cabo debido al alto número de partos en mujeres inmigrantes de distinta nacionalidad y con embarazos no controlados (en 2008:15%), lo que conlleva un deficit de educación maternal. Objetivos del proyecto: - Dar difusión a las gestantes sobre el proyecto de humanización del parto. - Garantizar información a gestantes inmigrantes con barreras idiómaticas. - Dar información detallada y sencilla sobre el proceso y organización de la asistencia durante la hospitalización. - Extender la asistencia al parto humanizado a toda la población equitativamente.

Desarrollo y soluciones aportadas.
1. Estrategia principal del proyecto de humanización: difusión a usuarios y profesionales. 2. Utilización de los fondos de cohesión.
3. Formación de grupo de trabajo multidisciplinar. 4. Recogida de información. 5. Realización del folleto informativo y traducción acreditada en 5 idiomas (arabe, ruso, rumano, francés e inglés). 6. Difusión en consulta de obstetricia en la última visita de control de embarazo.

Resultados obtenidos.
- Respuesta a las demandas más frecuentes de las usuarias gestantes, reduciendo el nivel de dudas y temor. - Facilitar la identificación y competencias de los profesionales durante el ingreso, horarios, servicios, normas de funcionamiento y documentación.
- Libre elección del tipo de parto, promoción de lactancia materna, acompañamiento continuo e implicación de la pareja. - Garantizar la continuidad asistencial al alta y conexión con grupos de apoyo a la lactancia materna.

Lecciones aprendidas.
1. Disminución de la demanda de informaciónen gestantes. 2. Creación de método alternativo para la comunicación e información con la población inmigrante con barreras idiomáticas: acercamiento. 3. Aumento de demanda en: donaciones de sangre de cordón umbilical, utilización de métodos de humanización, solicitud de anestesia epidural. 4. Aumento del número de gestantes con lactancia materna exclusiva al alta.

C-1080

LA PROMOCIÓN DE SALUD COMO LÍNEA ESTRATÉGICA TRANSVERSAL EN LA GESTIÓN DE UN ÁREA SANITARIA

CORDOBA GARRIDO, LAURA*; POZO MUÑOZ,F; MOYANO JIMENEZ,O; PINAZO LUQUE, J; NUÑEZ MONTENEGRO,A Y MANTERO MUÑOZ,A.
UNIDAD DE CALIDAD AREA SANTITARIA NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Promocion,Salud,Red,Agentes,Ciudadano

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se encuentra en fase de implementación en el Área Sanitaria Norte de Málaga (ASNM), como estrategia transversal de mejora a través de la Unidad de Calidad. La solicitud del proyecto surgió del Director Gerente, con la participación de la Dirección y Subdirección de Enfermería del Área.

Descripción del problema/necesidades.

El Plan Operativo que presentamos pretende proporcionar una vida problema/ sana, para los habitantes del ASNM, utilizando para ello la promoción necesidades de la salud (PdS) como instrumento. Consideramos que esta herramienta es necesaria tras el detrimento de las actividades de promoción en la actualidad y tras carecer de una estrategia común de actuación con personal referente.

Mediante este proyecto pretendemos:

•Clasificar las poblaciones diana

•Definir el entorno de actuación mas apropiado para cada actividad

•Concretar los contenidos de los programas de PdS

•Establecer los métodos directos/indirectos que van a emplearse

Desarrollo y soluciones aportadas.

La estrategia fundamental consiste en la creación una red de agentes soluciones aportadas promotores de salud, designándose un responsable de promoción de salud por cada UGC/ Servicio. El desarrollo del plan operativo se inicia con la constitución de un Grupo de Trabajo multidisciplinar, de 10 profesionales Dicho grupo realizó un análisis de las necesidades de los colectivos del ASNM en materia de PdS, estableciendo un marco común respecto a la formación en promoción de salud que oriente en la toma de decisiones.

Las fase de análisis duró dos meses, las definiciones del plan un mes, la creación de la red de promotores de salud un mes

Resultados obtenidos.

Creación de una red de agentes de PdS que desarrollan los programas de PdS con una serie de principios y criterios de buena práctica con recomendaciones para desarrollar estrategias con resultado en salud.

Desarrollo y fortalecimiento de los conocimientos y herramientas en el ciudadano para que mantenga estilos y ambientes saludables.

Monitorización mediante evaluación cualitativa Dificultades y retos: desarrollo de la PdS a nivel hospitalario, mejorar la accesibilidad y renovación de programas vigentes, potenciar la PdS en los medios de comunicación, labor proactiva con colectivos y asociaciones

Lecciones aprendidas.

Se considera necesaria la implicación de de Directivos y Cargos Intermedios Inclusión en el organigrama de trabajo de al menos 3 horas semanales para el desempeño de las actividades de los programas.

Incorporación a los contratos programa, de manera nítida y vinculada a objetivos relacionados con incentivos.

Desarrollar estrategias de formación y motivación profesional

C-1081

CLAVES PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE RIESGO NEUROLÓGICO

MARIA ELISA BAÑUELOS DE LA HERRERA; ANA DIAGO ELORDUY; MARIA PILAR GALARZA PEÑA; NAGORE GALLEGO GONZÁLEZ; MARIA LUISA OÑA MENDEZ Y MAITE LARRINAGA LLAGUNO.
HOSPITAL DE BASURTO OSAKIDETZA

Palabras clave: Valoración Neurológica

Resumen

Contexto de partida.

Fue realizado en la Unidad de Neurocirugia del Hospital de Basurto durante los meses de enero a marzo por todo el equipo de enfermeria de la unidad

Descripción del problema/necesidades.

tras la constitucion de un equipo de mejora para la valoración del estado neurologico de todo paciente que ingresa a cargo del servicio de neurocirugia con riesgo real y/o potencial de alteracion del nivel de conciencia a través de la escala glasgow (escala de valoración denivel de respuesta a diversos estímulos de intensidad creciente, nos sirve para obtener una medida reproducible en posteriores comprobaciones. Está compuesta por tres subescalas: apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora. Su puntuacion está entre 3 y 15 pasando del coma profundo al estado de alerta) y la inspección del tamaño y reactividad pupilar a la luz, valorando simetria y la acomodacion

Desarrollo y soluciones aportadas.

Pretendemos la implantacion en nuestra unidad de un plan de actuacion para la valoración neurologica mediante la escala de glasgow y reactividad pupilar, con la intencion de unificar criterios. Una correcta valoración es determinante para una rápida actuación proporcionando unos cuidados de calidad a nuestros pacientes. Existen, en ocasiones, factores de confusión que pueden afectar a la fiabilidad de la escala de glasgow: pacientes intubados, sedados, afásicos, con trastornos o pérdidas auditivas o visuales, psíquicos, traqueotomizados o con edemas parpebrales, etc, en cuyos casos utilizamos estrategias que incluyen el uso de pseudoescalas y registro de habilidades

Resultados obtenidos.

Con el establecimiento de un plan de actuación aplicando dicha valoración cada 4 - 6h se pueden detectar alteraciones en el estado neurologico de pacientes previniendo complicaciones en su estado de salud

Lecciones aprendidas.

La escala de glasgow nos permite medir el nivel de consciencia de una forma rápida, sencilla y no invasiva, examinando la capacidad neurologica del momento y su perfil evolutivo; siendo así un indicador fiable para la medida del nivel de conciencia.

La periodicidad de esta valoración es fundamental para reconocer el deterioro o estado neurologico progresivo

C-1082

INNOVACIÓN EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL MEDIANTE EL USO DEL SERVICIO DE TELETRADUCCIÓN EN TIEMPO REAL

RAMÍREZ VILLAMOR, M L.; DEL MORAL BARCINA, F.; BARRENA SARACHAGA, M.; BLANCO ZAPATA, R M.; MARTÍN ALCALDE, J C. Y FERNÁNDEZ GUTIERREZ, M F..
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Accesibilidad, Comunicación, Ciudadanía

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza. La coordinación del trabajo la realizó la Subdirección de Organización y Sistemas y la de Servicios Generales, y para llevarlo a cabo se constituyó un grupo de trabajo de profesionales sanitarios de las distintas Urgencias del Hospital, así como de los responsables de la Centralita. El Servicio de Teletraducción se contrató con una empresa externa.

Descripción del problema/necesidades.

La población extranjera crece cada año en la Comunidad Autónoma problema/ Vasca (CAV) y representa aproximadamente un 49,6% de la población necesidades inmigrante en la provincia de Bizkaia.

objetivos del trabajo: 1. Describir los beneficios de la utilización del sistema de traducción a distancia (teletraducción) para los pacientes extranjeros atendidos en el hospital. 2. Conocer la satisfacción de los profesionales que lo utilizan.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1. Existe una hoja de registro de recogida y entrega del material soluciones aportadas 2. El servicio de teletraducción se puso en marcha el 8 abril de 2008 en un periodo de prueba

3. Se ofertaron el chino, rumano y árabe las 24 horas y 32 idiomas más de lunes a viernes

4. La difusión al resto del hospital se realizó mediante una reunión con las supervisiones de todas las unidades de enfermería del hospital y a través de la página web, a todos los profesionales.

5. El seguimiento efectúa el servicio de electromedicina (dirección de servicios generales), emitiendo un informa anual de conclusiones a la dirección del hospital.

Resultados obtenidos.

1. Al año de su puesta en funcionamiento los resultados han sido: a-En cuanto a su utilización, se ha usado en 118 ocasiones b-Más del 50% de la demanda ha sido en los servicios de Urgencias: Generales un 31% y Maternidad 23% c-El 70% de los idiomas solicitados fueron: árabe (26%), chino (25%) y rumano (18%) d-No se ha usado en un 6% por dificultades de conexión y un 5% por existir traductor en la familia

2. En cuanto al grado de satisfacción los profesionales lo califican como:

Excelente un 48%, Bueno un 26% y Escaso un 8%.

Lecciones aprendidas.

1. Las comunidades con mayores problemas de comunicación son las de origen chino, árabe y rumano

2. Las carencias de comunicación se han resuelto en gran medida gracias al servicio de teletraducción simultánea

3. Al año de su puesta en marcha el servicio ha sido inferior al previsto, debiendo analizar si es debido a una dificultad en la difusión entre el personal del Hospital, por lo que debemos trabajar en esa área de mejora, incluyendo a más personal facultativo.

C-1083

IMPLANTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA A ALTHAIA

Bartomeu Ayala Márquez y Joan Bosch i Sabater.
ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA

Palabras Clave: Althaia 2

RESUMEN

Contexto de partida.

Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, Cataluña Central. Ámbito de actuación 200.000 usuarios. 2020 profesionales del sector sanitario. El objetivo era obtener una certificación que reflejara nuestra organización, como empresa de servicios sanitarios. por eso se escogió como indicadores de referencia la certiciación en SGE21, por Foretica. Nuestro objetivo general como institución és adquirir la confianza de nuestros usuarios.

Descripción del problema/necesidades.

La Responsabilidad Social en nuestra organización, se buscó un insgtrumento para conciliar el crecimiento y la competitividad, integrando al mismo tiempo el compromiso con el desarrollo social y la mejora del medioambiente, así como adquirir un compromiso de transparencia de nuestra actividad, de esta manera integrariamos las acreditacions, certificaciones orientadas a un objetivo general y socialmente sostenible.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Implantación de la SGE21, Setiembre 2008. Creación del comité de RSC, integrandolo en las reunios del comité de dirección de forma mensual. Difusión a todos los profesionales de la institución, e implicación de las direcciones y mandos, así como los representantes de la parte social. Implantación de la ISO 9001:2008, ISO 14:001. Elaboración del codio Etico de Althaia. Creación del portal del profesional, y adaptación de la a intranet. Elaboración de encuestas de satisfación interna, con una participación de 2020 profesionales de todas las areas del hospital y centros de Althaia. Implantación del cuestionario para evaluarnos sobre el plan de igualtat de la empresa. Preparación sobre la primera memoria de responsabilitat social corporativa de la empresa.

Resultados obtenidos.

Ambitos evaluados por ela SGE21: Alta dirección (74 %), Clientes (85%), Proveedores (73%), personas que integran la organización (98%), Entorno Social (67%), Entorno ambiental (78 %), Inversores(87%),Competencia (96%), Uno de los compromisos fundamentales de SGE 21 es el de mejora continua. Tras la puesta en marcha del sistema, el objeto es hacer una revisión periódica. Se han designado a los auditores internos cuya misión será evaluar y verificar el cumplimiento de la norma y realizar los informes y planes de mejora oportunos que remitirán al comité de responsabilidad social. A finales de año esta prevista la revisión del sistema por parte de un experto externo y obtener la certificación

Lecciones aprendidas.

Integración de todos los sitemas de acreditación, autorizaciones administrativas, normativas y reconocimientos en una certificación adecuada a los servicios que presta nuestra organización.

C-1084

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN EN LA MODALIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: MÉTODO DE ANÁLISIS DE IMPORTANCIA-VALORACIÓN

LATORRE GUISASOLA, M.; SAN SEBASTIÁN DOMINGUEZ, JA.; BILBAO UNIBASO, I Y LLAMAS HERMOSILLA, AMª.
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: RESULTADOS; SATISFACCIÓN; EVALUACIÓN

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de asistencia sanitaria pública especializada a una comarca de 370.000 personas, así como al resto de la Comunidad Autónoma Vasca y otras Comunidades autónomas en los servicios de referencia. El trabajo de campo se realizó en una semana concreta del mes de marzo del año 2009 a los pacientes intervenidos mediante Cirugía Mayor Ambulatoria.

Descripción del problema/necesidades.
Las conclusiones de los resultados de las encuestas de satisfacción y problema/ su valor de cara a la mejora de la atención van a depender del método necesidades utilizado para realizar el análisis de los resultados. El análisis de Importancia-Valoración (AIV) es una herramienta de priorización en la que se analizan conjuntamente la importancia que los pacientes conceden a los atributos que componen el servicio y la valoración que hacen de los mismos una vez experimentados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Población: Pacientes intervenidos mediante Cirugía Mayor Ambulatoria Diseño: Cuestionario para entrevista telefónica Criterios de exclusión: Menores de 18 años, Fallecidos y Traslados a hospitalización Muestra analizada: El tamaño de la muestra se estimó con un margen de error de ±5% sobre una proporción teórica de satisfacción del 85% y para un nivel de confianza del 95% Análisis de Importancia-Valoración: Consiste en analizar conjuntamente la importancia que los pacientes conceden a los atributos que componen el servicio y la valoración que realizan de los mismos tras haberlos experimentado. Gráficamente, se representa biaxialmente. En el eje de ordenadas se describen las Importancias, mientras que el eje de abscisas corresponde a las valoraciones. La posición de los ejes divide a los gráficos en cuatro zonas. Los atributos que se localizan en la zona superior izquierda son los que tienen más importancia y han sido peor valorados.

Resultados obtenidos.
Las áreas prioritarias de mejora son: -Información proporcionada por el médico -Información proporcionada por el personal de enfermería -Amabilidad y respeto con que le trató el personal sanitario

Lecciones aprendidas.
1.El enfoque del análisis por dimensiones (utilizado hasta este año) permite una visión panorámica de los resultados de percepción, mientras que el enfoque por pregunta permite su utilización inmediata en la práctica clínica 2.El AIV es una herramienta de priorización de uso sencillo por los equipos de análisis de datos, y permite planificar las acciones de mejora desde la perspectiva del paciente, orientando los esfuerzos y optimizando los recursos de la organización

C-1085

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS: MÉTODO DE ANÁLISIS DE IMPORTANCIA-VALORACIÓN

LATORRE GUISASOLA, M.; SAN SEBASTIÁN DOMINGUEZ, JA.; BILBAO UNIBASO, I Y LLAMAS HERMOSILLA, AMª.
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Satisfacción, Resultados, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de asistencia sanitaria pública especializada a una comarca de 370.000 personas, así como al resto de la Comunidad Autónoma Vasca y otras Comunidades autónomas en los servicios de referencia.

Descripción del problema/necesidades.
Las conclusiones de los resultados de las encuestas de satisfacción y problema/ su valor de cara a la mejora de la atención van a depender del método necesidades utilizado para realizar el análisis de los resultados. El análisis de Importancia-Valoración (AIV) es una herramienta de priorización en la que se analizan conjuntamente la importancia que los pacientes conceden a los atributos que componen el servicio y la valoración que hacen de los mismos una vez experimentados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Población: Pacientes atendidos en la Urgencia del Hospital Diseño: Cuestionario para entrevista telefónica Criterios de exclusión: Pacientes de 14 a 17 años y Fallecidos Muestra analizada: El tamaño de la muestra se estimó con un margen de error de ±5% sobre una proporción teórica de satisfacción del 85% y para un nivel de confianza del 95% Cuestionario: El cuestionario se compone de dos partes: datos demográficos y preguntas con respuesta cerrada Trabajo de campo: La encuestación se realiza anualmente en marzo Análisis de Importancia-Valoración: Para priorizar las áreas de mejora hemos utilizado el Análisis de Importancia-Valoración (AIV), que consiste en analizar conjuntamente la importancia que los pacientes conceden a los atributos que componen el servicio y la valoración que realizan de los mismos tras haberlos experimentado.

Resultados obtenidos.
Las áreas prioritarias de mejora son: -Ayuda recibida en la entrada o en admisión -Ayuda recibida en el triaje por el médico o la enfermera -Explicaciones que le dio el médico sobre el problema por el que acudía -Claridad de la información que le dio el médico sobre el tratamiento que debía realizar en el domicilio

Lecciones aprendidas.
1. El enfoque del análisis por dimensiones (utilizado hasta este año) permite una visión panorámica de los resultados de percepción
2. El enfoque del análisis por pregunta permite su utilización inmediata en la práctica clínica, orientando las áreas de mejora a problemas concretos fácilmente identificados por los profesionales y pacientes
3. El AIV es una herramienta de priorización de uso sencillo por los equipos de análisis de datos, y permite planificar las acciones de mejora desde la perspectiva del paciente, orientando los esfuerzos y optimizando los recursos de la organización

C-1086

COMISIÓN DE SOSTENIBILIDAD. LIDERANDO LA IMPLANTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL COMO ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD

HERRERA CARRAL P*. ; MORENO GÓMEZ N. ; GARRIDO GÓMEZ JC. ; ACÓN ROYO D. ; DE LUCIO DE LA IGLESIA P. Y FERRERAS VALIENTE M. HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Comisión De Sostenibilidad, Responsabilidad Social

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde sus inicios, el hospital Sierrallana, con la participación activa de las personas de la organización, trabaja con una filosofía de Mejora Continua de la Calidad. Definimos nuestra Misión, Visión y Valores, desarrollamos nuestro Mapa de Procesos y organizamos una estructura de participación para las personas, que integra todas las Comisiones y Grupos de Trabajo en niveles: estratégico, táctico y operativo.

Descripción del problema/necesidades.

Tras la 2ª autoevaluación modelo EFQM (herramienta PERFIL), 2005, como despliegue del Proceso Estratégico de Sostenibilidad, emprendemos la acción de desarrollar el marco de la Responsabilidad Social para contribuir al Desarrollo Sostenible.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Constituimos la Comisión de Sostenibilidad, órgano de participación y asesoramiento, del nivel táctico de la Estructura de Participación, para liderar la integración de los principios de RSC, y conseguir un impacto positivo en la Sociedad de la que formamos parte, contribuyendo a satisfacer sus necesidades presentes y las de futuras generaciones. Bajo este concepto, pudiendo ser ampliada en función de las necesidades futuras está formada por: las Direcciones General, de Procesos Estratégicos, del Sistema de Gestión de la Excelencia; Representantes de las Comisiones de Acción Social, Bioética, Comunicación, Económico-Administrativa, Medioambiente, Participación Ciudadana, Personas y Prevención de Riesgos Laborales; Responsable del Proceso de Sostenibilidad y cualquiera de nuestros Grupos de Interés, en 2007 se incorporaron 15 representantes de los mismos.

Resultados obtenidos.

Doble análisis de situación en materia de RSC. Elaboración de 5 procedimientos de soporte, entre ellos, el de Gestión y Comunicación con los Grupos de Interés. Desde 2007, establecemos Planes anuales de Acción, en el del 2008 participación algunos de los Grupos de Interés, posteriormente son evaluados. Dichos planes incluyen acciones, desarrolladas en las diferentes Comisiones, alineadas con las dimensiones de la RSC, entre otras Accesibilidad, lucha contra el Cambio Climático, confidencialidad, educación sanitaria, cooperación y voluntariado, comunicación, incluye Jornadas de Desarrollo Sostenible y Puertas Abiertas, y la adhesión al Pacto Mundial. Hemos participado en la creación de la Red por la Responsabilidad Social Global. Empresas Cántabras en dicho Pacto.

Lecciones aprendidas.

La Comisión de Sostenibilidad se ha revelado como una herramienta muy útil en el despliegue del marco de la RSC, permitiéndonos crear un sistema de gestión, desarrolando acciones en esta materia que recogen expectativas de nuestros Grupos de Interés.

C-1087

CÓMO AFECTA EL CONTACTO DIRECTO Y CONTINUO CON LA MUERTE AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ÁVILA RODRÍGUEZ, I.; MOLERO PARDO, M.J.; GIL PÉREZ, R.; LÓPEZ PALOMO, I.; CORRAL LEAL, C. Y ROMERO RUIZ, A..
H. VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Duelo, muerte, afrontamiento, comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.

El objeto de estudio son los profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Paliativos, Intensivos y Oncología de la Provincia de Málaga. Lo llevan a cabo enfermeras de intensivos, paliativos y del Bloque de Formación e Investigación del H. Virgen de la Victoria

Descripción del problema/necesidades.

La medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad y todas las posibles causas de muerte. No obstante, David Callahan a afirma que los objetivos para la medicina del siglo XXI deben ser dos ambos de la misma categoría e importancia y dedicar a ambos los mismos recursos: Prevenir y curar enfermedades y por otro ayudar a los enfermos a morir en paz. Según el Consejo de Europa se muere mal, en una sociedad donde no se sabe morir; cuando los que cuidan no están formados en el manejo de reacciones emocionales que emergen de la comunicación con los pacientes. Para aproximarnos, al significado que le dan los profesionales de Enfermería a la muerte, es esencial conocer que actitud mantienen ante ella y el modo en que se enfrentan a ella.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Primera Fase: - Análisis cualitativo - Entrevistas en profundidad - Análisis de contenido, estructurado en categorías. - Muestreo intencional, según criterios de saturación, diversidad. Segunda fase: - Análisis cuantitativo: análisis descriptivo transversal. - Cuestionario autocumplimentado validado (34 ítems) (actialmente en proceso de validación. - Variables principales: respuestas emocionales, acciones profesionales, recursos de afrontamiento y necesidades. - Muestreo significativo accidental.

Resultados obtenidos.

Hipótesis El contacto cotidiano con el sufrimiento y la muerte causa en los profesionales de enfermería de atención especializada afectación emocional y conductas de huida y evitación en el desempeño profesional.

Lecciones aprendidas.

Esperamos al finalizar el siguiente proyecto ofrecer recursos a los profesionales para cubrir dichas necesidadesy con ello:
1.-Mejorar la calidad asistencial.
2.-Favorecer la calidad de vida del cuidador formal.
3.- Conseguir dignificar la muerte.
4.-Mejorar el duelo familiar.

C-1088

LUCHA CONTRA EL ESTIGMA ASOCIADO A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL A TRAVÉS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

DE MIGUEL AGUIRRE, EGUZKIÑE; SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL; MURUA NAVARRO, FLORA; PUJANA URIARTE, Mª JOSÉ; LAPUENTE TRONCOSO, JUAN LUIS Y ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN, AMAIA.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SME DE ÁLAVA

Palabras Clave: Lucha, Estigma, Enfermedad Mental, Responsabilidad Social

RESUMEN

Contexto de partida.

La experiencia se ha realizado en el Hospital Psiquiátrico y en la Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava en los últimos 3 años, y los profesionales implicados han sido el 100% de la plantilla, pues está muy interiorizado en la Organización.

Descripción del problema/necesidades.

Desde siempre ha existido un estigma asociado a las personas con enfermedad mental, por ello luchar contra dicho estigma está definido en la misión, visión, valores, código ético y 1ª línea estratégica. Para nosotros es mucho más que una parte del criterio 8 de la EFQM, consiste en trabajar con una visión de excelencia, excediendo el marco legal, y teniendo en cuenta la mejora de nuestros 5 grupos de interés: Pacientes, Familias, Profesionales, Otras Instituciones y la Comunidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se han diseñado acciones para los pacientes en Actividades en la soluciones aportadas Comunidad, Terapia Ocupacional, Ocio y Tiempo Libre, Reinserción Laboral, etc.; y para las familias Charlas Divulgativas y formación para su corresponsabilidad y manejo de los pacientes. Para los profesionales formación y acciones de sensibilidad, para otras instituciones alianzas con quienes compartimos pacientes, a través de reuniones periódicas y protocolos de colaboración, y para la Comunidad divulgación en medios de comunicación, Programas Psicoeducativos de conocer nuestra Organización, visitas de otros profesionales y participación en foros de innovación.

Resultados obtenidos.

Los resultados han sido por ejemplo que un 90% de los pacientes de rehabilitación comunitaria viven en alojamientos en tratamiento asertivo comunitario, el 49% de los pacientes hacen actividades comunitarias fuera del hospital, 29 acuden / día a Centros Cívicos, 121 viven en pisos protegidos, 62 trabajan en empresas de empleo protegido. El 92% de los pacientes acuden a excursiones, colonias, comidas fuera del hospital, senderismo, piscinas, deportes, pintura, cerámica. 39 van los jueves al cine en el hospital. 682 escolares han acudido a conocer el hospital en 34 visitas guiadas. 5672 escolares han participado en el I Concurso de Relatos Cortos sobre la enfermedad mental, 712 ciudadanos han acudido a 4 sesiones de cine contra el estigma.

Lecciones aprendidas.

La lección aprendida es que teniendo en cuenta a todos los grupos de interés, invirtiendo en formación y conocimiento, implicándonos todos en la lucha contra el estigma con ejemplos concretos, saliendo a la calle, ayudando a que se sientan personas como los demás, discapacitadas, pero personas, ayudándoles a buscar empleo y con credibilidad y dando ejemplo se avanza, porque las palabra conmueven, pero el ejemplo arrastra.

C-1089

PLAN DE ACCIÓN 2008 EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

HERRERA CARRAL P*; MORENO GÓMEZ N. ; GARRIDO GÓMEZ JC.; ACÓN ROYO D. ; HERNANDO HELGUERO B. Y GARCÍA GONZÁLEZ Mª ÁNGELES.
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Responsabilidad Social, Plan De Acción.

RESUMEN

Contexto de partida.

La Comisión de Sostenibilidad y las Comisiones dependientes de la Misma, Medioambiente, Acción Social, Bioética, Participación Ciudadana y Comunicación, del Hospital Sierrallana.

Descripción del problema/necesidades.

Definir el Plan de Acción en materia de Responsabilidad Social del año 2008, dentro del Sistema de Gestión establecido que recogiese las expectativas de los Grupos de Interés en dicha materia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Elaboramos el Procedimiento de Gestión de los Grupos de Interés, que incluye la Identificación de los mismos en base a la norma SG21 de Forética, clientes, proveedores y subcontratistas, personas, sociedad, inversores, competencia, administraciones competentes y socios. Para conocer sus expectativas, inicialmente priorizamos la representatividad en cada uno de los apartados, y dirigirnos a los que ya conocíamos por colaboraciones habituales, y aquellos otros que bien por su relevancia o por la labor realizada los consideramos claves. Se mantiene una primera entrevista con cada uno de ellos en la que se les explica el objetivo que se persigue, y se les entrega una memoria del Hospital en materia de RSC. Se les convoca a todos a una reunión de trabajo, en la que se recogen sus expectativas y se elabora un documento de síntesis que recoge las mismas y otras acciones derivadas del Plan de Acción 2007, alineadas con las dimensiones de la RSC, y que serán desarrolladas posteriormente en las diferentes Comisiones representadas en la Comisión de Sosteniblidad.

Resultados obtenidos.

Ajustado a lo previsto, participaron CERMI y COCEMFE, Gobierno de Cantabria, Ayuntamiento de Torrelavega, Junta de Personal y MIR del Hospital, 061, Coordinadora Cántabra de ONG´s, Universidad de Cantabria, 1 Clínica privada, 1 empresa subcontratada con perfil social y el Observatorio de Salud Pública. Se definió un Plan de acción que abarcaba acciones de: adhesión al Pacto Mundial, de lucha contra el cambio climático, (análisis medioambiental, sensibilización y residuos biosanitarios), accesibilidad (estudio de situación, percepción de los inmigrantes en el servicio de urgencias), de educación sanitaria, estudio de confidencialidad, Plan de Acción en materia de Cooperación para el Desarrollo y Voluntariado Social (sensibilización).

Lecciones aprendidas.

Las entidades participantes han valorado de forma excelente la iniciativa del Hospital. La metodología empleada nos ha permitido aumentar nuestro conocimiento sobre los Grupos de Interés participantes y nos permitirá seguir incorporando a otros Grupos de Interés, y por tanto avanzar en el desarrollo de nuestra responsabilidad social.

C-1090

ACTUALIZACIÓN Y REDISEÑO DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS TRAS OCHO AÑOS DE IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO EN ANDALUCIA.

MARISA DOTOR GRACIA; ENRIQUE FERNANDEZ GARCÍA; JAVIER TEROL FERNANDEZ; REYES SANZ AMORES; JAVIER RAS Y CONCHA PADILLA MARIN.
CONSEJERÍA DE SALUD JUNTA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: Actualización, Procesos Asistenciales Integrados, Mejora Continua

RESUMEN

Contexto de partida.

En el año 2000, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucia, se plantea como estrategia de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios públicos, la implantación y el desarrollo de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados (GPAI), modelo organizativo que venimos desarrollando en los centros y servicios del SSPA, que mantiene una concepción de la organización sanitaria mas horizontal y flexible, con el abordaje integral de los problemas de salud, la cooperación de los profesionales de diferentes ambitos de actuación, y que ha propiciado la incorporación y desarrollo de la Gestión Clinica, la Gestión por Competencias y el Modelo de Acreditación de Centros, Servicios y profesionales.

Descripción del problema/necesidades.

El abordaje de actualización y rediseño de los Procesos Asistenciales Integrados(PAI), se sustenta en: 1) la apuesta firme por la Mejora Continua de la Calidad de los servicios sanitarios publicos, 2) la necesidad de adaptarse a los nuevos escenarios, 3) integrar las herramientas e instrumentos que se han puesto en marcha con el II Plan de Calidad, 4) dar respuesta a la confianza depositada por la ciudadania y con mucho aprendido, la experiencia acumulada en estos años nos da las bases para mejorar la herramienta y facilitar su aplicación y desarrollo a profesionales y ciudadania

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diseño cualitativo, a traves de tecnicas de investigación cualitativa soluciones aportadas multimetodo por consenso de expertos, Tecnica GAP para el analisis de situación, Grupos Nominales y Grupos Focales para la aportación y el consenso. 134 profesionales de diferentes disciplinas, colaboraciones de la EASP, SAS, ACSA, AETSA.

Fases: Analisis de situación de la Implantación de los PAI: identificación puntos criticos y lineas de acción futuras Constitución Grupo Tecnico Asesor, exploran los elementos imprescindibles para la actualización de los PAI

Resultados obtenidos.

1º Se han identificado los elementos, dimensiones de la calidad que tienen que estar presentes en la Actualización y el rediseño de los PAI.

2º Se ha definido la Estructura de los PAI (mas simple y en diferentes formatos) 2º Se ha actualizado la Guia de Diseño y Mejora Continua de PAI 2ª edición 3º Se han priorizado los PAI actualizar en el 2009-2010 4º Se desarrolla el trabajo de actualización con cinco PAI.

Lecciones aprendidas.

En el marco del SSPA, la estrategia de actualización de los PAI, da mas coherencia a lo que hacemos, promueve la incorporación de herramientas y dinamicas de mejora continua en los servicios, facilita a los profesionales el desarrollo de su practica y es un aval para la ciudadania.

C-1091

RED POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL GLOBAL: EMPRESAS CÁNTABRAS EN EL PACTO MUNDIAL.

HERRERA CARRAL P*. ; MORENO GÓMEZ N. ; GARRIDO GÓMEZ JC. ; ACÓN ROYO D.; CAVIDES ALTABLE, B. Y FARIÑAS ÁLVAREZ, C..
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Mejores Prácticas, Responsabilidad Social.

RESUMEN

Contexto de partida.

La Comisión de Sostenibilidad del Hospital Sierrallana.

Descripción del problema/necesidades.

Tras la 2ª autoevaluación modelo EFQM (herramienta PERFIL), 2005, iniciamos el desarrollo del marco de la Responsabilidad Social para contribuir al Desarrollo Sostenible, queremos realizar a la par labores de sensibilización en RSC e identificar las mejores prácticas en dicha materia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Nos adherimos al Pacto Mundial, iniciativa de carácter voluntario de la ONU, que sirve de marco general para fomentar la RS, a través de la adopción de diez principios relacionados con los derechos humanos, laborales, medioambientales y transparencia. Las 4ª Jornadas de Desarrollo Sostenible del Hospital, jornada, técnica, de carácter anual, que incluye aspectos relacionados con las dimensiones de la RSC, versaron sobre el Pacto Mundial. En ellas se invito a participar a empresas cántabras adheridas al mismo, y entre otras actividades, se firmo un Manifiesto “Por la Responsabilidad Social Global: Empresas Cántabras en el Pacto Mundial”, que recogía “las organizaciones firmantes se comprometen a realizar labores de sensibilización”. Posteriormente, con el fin de delimitar el alcance del mismo, se convoco a una reunión en el Hospital a las empresas firmantes, acordándose avanzar en dicho compromiso a través de la creación de una Red. En reuniones posteriores, se fue dando forma a la Misión, “convertirse en un grupo de empresas de referencia en Cantabria, que han decidido asumir su Responsabilidad Social Global al comprometerse con los Diez Principios del Pacto Mundial” y los objetivos de la misma, entre otros, realizar labores de sensibilización, establecer un proceso para el intercambio de información y mejores prácticas facilitando el aprendizaje y la incorporación de las mismas por las empresas integrantes.

Resultados obtenidos.

El referido Memorandum, embrión de la Red por la Responsabilidad Social Global: Empresas Cántabras en el Pacto Mundial, ha sido firmado por los máximos representantes de 12 empresas cántabras, en el marco de una Jornada Técnica. Pertenecen tanto al ámbito público como privado y a diferentes sectores empresariales, bancario, textil, metal, comunicación, construcción, Universidad y Hospital Sierrallana. Se ha puesto en marcha la página web, un Curso de Verano en la Universidad de Cantabria, y una Jornada Técnica para conocer las actividades en materia de RSC de cada una de las empresas.

Lecciones aprendidas.

La red ha iniciado su actividad, que nos ha facilitado avanzar en la consecución de nuestros objetivos y conocer a entidades/empresas de diferentes ámbitos al nuestro.

C-1092

DISEÑO Y APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD POR ALUMNOS DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE OSUNA EN UN INSTITUTO

*RECIO CAMPOS, MC; GONZÁLEZ LÓPEZ, J.R.; HENRÍQUEZ VALENCIA, G. Y BOTELLO,A..
SAS/E.U.E.Osuna

Palabras Clave: Programa, Salud, ABP, Enfermería, Comunitaria Intervención

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en la Escuela Universitaria de Enfermería de Osuna, de la Fundación Pública Rodríguez Maldonado de Osuna y el
I.E.S. Sierra Sur de Osuna de la Consejería de Educación y Ciencia. En Dicho trabajo participaron, los alumnos de 1º de enfermería de la Escuela Universitaria de Osuna, la profesora de Enfermería Comunitaria I, profesores de E. Comunitaria II y III. Del IES Sierra Sur: el equipo directivo, docentes y responsable de orientación educativa del centro. Cinco grupos de alumnos de primero de enseñanza secundaria obligatoria.
Descripción del problema/necesidades.
La necesidad de desarrollar habilidades cognitivas y de comunicación problema/ de los profesionales de Enfermería y por otra parte que los beneficios necesidades de esta práctica sobre programas de salud revierta en la población.
Los resultados fueron el diseño y aplicación de programas de salud. Hacer llegar la información del programa de forma directa al alumnado e indirecta a padres. La priorización de los problemas viene dada por búsqueda bibliográfica y noticias publicadas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se plantea el proyecto, como trabajo de campo y con posibilidad de llevarlo a la práctica. Los profesionales implicados fueron profesores de la escuela de enfermería que compartían metodología y temática, así como el equipo directivo y docentes. El proyecto se difundió mediante reuniones de la profesora de comunitaria, con los Diferentes grupos implicados.Las fases temporales fueron, de Octubre 2008 a Enero 2009: 1. Elaboración del programa por los alumnos. Octubre 2008. 2. Presentación en clase, revisión y corrección de programas. Noviembre 2008 3.Contacto con el instituto, y presentación de trabajos. Diciembre 2008 4.Programación de la actividad con los cinco grupos de alumnos. Enero 2008
Resultados obtenidos.
Más del 95% de los alumnos de enfermería, sabían diseñar un programa de salud. Se midió mediante pregunta de desarrollo en el examen final. La enseñanza basada en problemas, con desarrollo de programas y puesta en marcha en entorno social real, aumenta el compromiso y el aprendizaje siendo mas motivador y efectivo. Surge la necesidad de continuar con el proyecto y la puesta en practica de los programas realizados para los siguientes cursos.
Lecciones aprendidas.
Hay que enseñar con fines participativos dentro de la comunidad, y establecer redes educativas y sociales que enriquezcan nuestro trabajo. Cambiaría la de coordinación de los grupos de trabajo. Y ampliaría la experiencia a otros centros sociales y educativos. La innovación en todos los campos profesionales, deben generar calidad educativa y practica.

C-1093

NEGRO SOBRE BLANCO, ASÍ QUEDA LO ESCRITO Y SI NO SE EVALÚA ES PORQUE NO SE QUIERE…, O PORQUE SE HA ESCRITO MAL…, O POR…

GARCÍA-AÍSA, JC(*); ALTARRIBAS BOLSA, E Y MORENO NÚÑEZ, P.
Servicio Aragonés de Salud

Palabras Clave: Gestión De Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se llevó a cabo en los servicios centrales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), diseñado y realizado por la Unidad de Calidad de salud con las indicaciones de la Dirección de Coordinación Asistencial **Descripción del problema/necesidades.**
En 2004, la Revista de Calidad Asistencial (RCA) dedicó un número monográfico a describir la "situación actual de la calidad asistencial en España". La mayoría de las comunidades autónomas expusimos las acciones realizadas hasta ese momento y presentamos nuestras líneas de trabajo para los siguientes años. En SALUD, hemos considerado necesario evaluar el cumplimiento de los objetivos y oportunidades de mejora que planteamos en aquel momento para introducir los ajustes necesarios y plantear las líneas de actuación de nuestro Sistema de Calidad en los próximos años.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante 2009, en la Unidad de Calidad de SALUD se han analizado los objetivos planteados en 2004, así como las oportunidades de mejora que se identificaron en aquel momento. Debido al estilo empleado en la RCA, el análisis se ha realizado, en algunos casos, no solo atendiendo a los enunciados escritos sino también comparando la situación existente en 2004 con la actual. Además, para llevar a cabo la valoración se han empleado algunos atributos de la matriz de puntuación REDER que propone el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM).
Resultados obtenidos.
En 2004 se plantearon catorce líneas de actuación. A nivel general, la valoración realizada, arroja los siguientes resultados: En tres de ellas (21%) la situación en 2009 supone un avance importante. En otras siete (50%), ha habido progresos que sin embargo no alcanzan lo previsto. En las cuatro restantes (29%), las mejoras obtenidas pueden considerarse escasas.
Se presentan también en la comunicación los resultados más detallados, incluyendo los derivados de los atributos REDER utilizados
Lecciones aprendidas.
La metodología de la evaluación realizada se ha diseñado específicamente para su realización puntual, pero es necesario establecer un sistema de monitorización que facilite la introducción de ajustes de manera temprana. "Escribir" los objetivos de una organización obliga a rendir cuentas de ellos y aunque no garantiza que se vayan a conseguir, permite evaluar los progresos realizados para alcanzarlos. Todo es bastante obvio, lo escrito queda negro sobre blanco, el papel puede aguantar todo, ya solo queda evaluarlo…

C-1094

OFICINA DE INFORMACIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

* GÓMEZ SANTILLANA, M. Y PÉREZ ALONSO, M..
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

Palabras Clave: Información, Familiares, Servicio de Urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto de "Información a familiares y usuarios en el Servicio de Urgencias", se realiza en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca y es un punto de Información dependiente de la Oficina de Calidad Asistencial y Atención del Usuario (OCAU). En el Proyecto han participado la Gerencia del Hospital, el Responsable de dicha oficina y la Supervisora de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

Este proyecto forma parte de la Estrategia de Confortabilidad del SESCAM, con la intención de desarrollar un programa de información a familiares en el Servicio de Urgencias, que mejore, no solo la calidad de la atención a los pacientes como usuarios, sino también la de los familiares que los acompañan.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde el mes de Julio en que nos planteamos este proyecto hasta Octubre de 2008 en que se llevo a cabo el Equipo Directivo trabajó en su desarrollo. Se establecieron unos objetivos y unas funciones, determinándose una dotación en recursos humanos y materiales. Se estableció que la Oficina, se ubicaría en la sala de espera de familiares de la Urgencia y que contaría con un Servicio de informadores,en horario de 8 a 10 horas todos los días. Para optar a dicha categoría a todos los solicitantes se les formó en comunicación, posteriormente la Gerencia articulo un proceso de selección. Con las personas que fueron seleccionadas la OCAU y representantes de la Urgencia se reunieron para informarles de sus funciones y presentarles un documento en donde se definieron aspectos sobre los que informar, persona a la que informar, frecuencia y aquellos que facilite el funcionamiento satisfactorio de este servicio.

Resultados obtenidos.

Para medir los resultados utilizamos una encuesta de satisfacción .Entre los datos recogidos destacamos los siguientes: Nº de encuestas evaluadas 37. El 13,5% de los entrevistados era la primera vez que acudían a la Urgencia. En una escala del 1 al 10 respecto al trato recibido en el Sº, la mediANA se situa en 8.Respecto a la figura del informador, un 86,5% de los encuestados consideran que se ha respondido a sus dudas y un 75,7% manifiestan que sin tener que preguntar periódicamente ha sido informado. En relación a los tiempos de espera, el 81,% refieren haber sido informados entre 2 y 4 horas (tiempo considerado como adecuado).

Lecciones aprendidas.

Poca participación en la contestación de la encuesta, aunque en general la prestación de este servicio ha mejorado la calidad en la información. Como acciones de mejora destacadas, está la de aumentar la prestación de este servicio, al turno de noche.

C-1095

HACIA MODELOS MÁS PARTICIPATIVOS: EQUIPO DE MEJORA DE PERSONAS

URIARTE BRIZUELA, M PILAR; CHUECA AJURIA, ANA; DE ALLENDE ACHALANDABASO, AMAYA; ACAITURRI AYESTA, M TERESA Y MARTÍN ZURIMENDI, JOSE ANDRES.
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

Palabras Clave: Personas, Satisfacción de Personas, Participación

RESUMEN

Contexto de partida.

La práctica que se presenta se ha realizado en el Hospital General de Agudos de Galdakao-Usansolo, que da cobertura a unos 300.000 habitantes. La Dirección de Personal impulsó el proyecto mediante la constitución del Equipo de Mejora de Personas.

Descripción del problema/necesidades.

La Dirección del HGU, en coherencia con su compromiso con la gestión excelente y buscando una mayor participación e implicación de los profesionales en la gestión, ha apostado por la creación de un "Equipo de Mejora de Personas" para la identificación y propuesta de acciones de mejora vinculadas a la línea estratégica del HGU "Satisfacción de las personas". Los profesionales son un factor clave de éxito siendo necesario identificar y sistematizar mecanismos de participación y motivación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.-Constitución del Equipo, de composición multidisciplinar: personal facultativo, personal sanitario no facultativo, personal no sanitario y la Responsable del Proceso de gestión de RRHH, y fijación de sus objetivos. 2.-Técnicas cualitativas de consenso del EMP: análisis de contraste de acciones emprendidas tras encuesta de personas 2006, para valorar la idoneidad de las realizadas o evidencias de la ausencia de otras consideradas pertinentes; identificación de áreas de mejora y acciones a implantar en el ámbito de satisfacción de las personas tras los resultados de la encuesta de personas 2008. 3.-Elaboración de los informes y presentación de resultados. La difusión del proyecto se realizó oficialmente por la Dirección en presentaciones públicas a los trabajadores

Resultados obtenidos.

1.-Informe de contraste de la idoneidad de las acciones emprendidas por la Dirección a raíz de la encuesta de personas 2006 e Informe de acciones de mejora a implantar tras la encuestas de personas 2008, con una media de 2-3 acciones de mejora por dimensión. 2.Identificación de 4 dimensiones altamente relacionadas con la satisfacción que requieren de actuación.
3.-Identificación de áreas de mejora: Integración personal nueva incorporación, Implicación del mando intermedio…

Lecciones aprendidas.

La constitución del EMP como un instrumento de motivación para la implicación de los profesionales en la identificación de acciones de mejora a implantar, convirtiéndose en un elemento determinante en la mejora de la satisfacción de las personas y de la calidad de los servicios sanitarios.
La consolidación del EMP como foro de análisis y discusión de otros ámbitos vinculados a la satisfacción e integración de las personas, con la asignación de nuevos objetivos: Acogida del Personal de Nueva Incorporación, Gestión por competencias.

C-1096

PRESCRIPCION INDUCIDA EN EL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

GONZÁLEZ BARBERO, ELOY; SÁNCHEZ BLANCO, JOSE; SABORIDO CANSINO, MARI CARMEN; SÁNCHEZ PEDROSA, ANA; BERENGUER FROHNER, BETTINA Y RAMOS CALERO, EFREN.
Distrito Sanitario Sevilla Sur

Palabras Clave: Prescripción, Inducida, Atención, Primaria, Conformidad, Recetas

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio descriptivo transversal realizado en varios centros de salud del Distrito Sevilla Sur, en el que han participado médicos de AP(atención primaria), el Servicio de Farmacia y la Unidad de Calidad.
Descripción del problema/necesidades.
No conocemos en nuestro medio, ningún estudio que analice la incidencia de la prescripción inducida sobre los médicos de AP procedente de nuestros Hospitales de referencia. Por otra parte, existe una percepción generalizada de que un número importante de prescripciones corresponden a tratamientos inducidos. Algunos objetivos de farmacia en AP podrían verse modificados por este hecho, amén del desacuerdo con estas prescripciones, que deteriora la prestación sanitaria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras análisis de la situación y consultar la literatura científica que apoyaba la tesis planteada, se formó un grupo de trabajo multidisciplinario (médicos de familia, farmacéuticas y un experto en calidad) que elaboró un cuestionario por consenso para la recogida de la información útil en un corte de una semana.La información se ha dado a conocer a través del Servicio de Farmacia a todos los centros del DSSS.
Resultados obtenidos.
Se recogieron 720 cuestionarios, que originaron 1485 prescripciones inducidas. El 50,72% de los pacientes eran hombres y la media de edad fue de 48,47 años. En un 66,25% se aportaba una copia del informe y en el 63,47% de los casos los informes adjuntos estaban cumplimentados con toda la información que exigía el protocolo. Un 49,08% de las prescripciones se generó en Urgencias, el 38,85% provenía de Consultas Externas y el resto eran de altas hospitalarias.
El 51,99% de los medicamentos indicados en los informes fueron por marca comercial y sólo el 27,41% de las prescripciones se acompañaron de las correspondientes recetas. Los médicos de familia estuvieron conformes con el 69,43% de las prescripciones. Las discrepancias más frecuentes fueron por criterios de calidad (68,37%); un 23,14% mostró discrepancias por criterios de diagnóstico, mientras que sólo un 8,49% discrepó por criterios de seguridad
Lecciones aprendidas.
Es posible cuantificar/cualificar la prescripción inducida en AP.
Los médicos de familia tienen interés y están motivados para la recogida de información.
Es necesario favorecer la relación interniveles para establecer acuerdos en la selección de fármacos y/o tener objetivos comunes, así como disponer de una historia clínica informatizada única.
El tiempo necesario para realizar el cuestionario y recoger los informes en una consulta a demanda de menos de cinco minutos es limitado, sería conveniente aumentar este tiempo.

C-1097

GESTIÓN DE LA FORMACIÓN: UN ÁMBITO DE LA RSC

GOYENECHE ARANDIA, GORKA; DE ALLENDE ACHALANDABASO, AMAYA ; URIARTE BRIZUELA, PILAR Y GONZÁLEZ DEL RIO, MIGUEL ANTONIO.
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

Palabras Clave: Necesidades Formativas, Resultados, Pertinencia, Aplicabilidad, Transferencia

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) enmarcado en una gestión basada en el modelo EFQM y orientada hacia una gestión RSC, trabaja en el ámbito de personas a través de un elemento clave: la Formación.
Descripción del problema/necesidades.
Situación inicial de escasa oferta formativa (principalmente dirigida a personal sanitario), puntual, disgregada y poco planificada. Bajos niveles de satisfacción en la dimensión Formación de las Encuestas de Satisfacción de Personas. Detección de necesidades formativas poco desarrollada y apenas se miden resultados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La Comisión de Formación Continuada, con representación multidisciplinar, es la encargada de supervisar y coordinar las labores de gestión de la formación que desarrolla el Dpto. de Personal, que establece y desarrolla el Proceso de Formación y sus procedimientos. Se establecen criterios de detección de necesidades, se gestiona el desarrollo de las acciones, se miden/valoran los resultados, se establecen objetivos e indicadores y se identifican acciones de mejora.
Resultados obtenidos.
En 2005 se realizaron 21 acciones con 178 personas formadas. En 2008, 94 acciones y 1.161 personas formadas, logrando una formación más heterogénea y pertinente. Detección de necesidades, diseño de actividades y difusión mejor estructurada y más efectiva. Se facilita la participación de trabajadores y mandos/responsables. Se potencia el profesorado propio, del 70% en 2006 al 79% en 2008. Se evaluan la satisfacción y el aprendizaje de las acciones formativas y en enero del 2009 se realiza la primera evaluación de resultados de la formación, en la que medimos la transferencia de lo aprendido al puesto de trabajo.
Lecciones aprendidas.
1-Detección de necesidades formativas sistematizada y estructurada. Fuentes principales: Dirección (Plan Estratégico), Mandos Intermedios, Comisión de Formación y trabajadores.
2-La gestión unificada de la formación potencia la eficiencia, coordinación, control económico, criterios uniformes, evaluación de resultados y la visión integral. 3-Nos dirigimos a la Gestión por Competencias, donde los Mandos Intermedios evaluarán la repercusión de la formación en las competencias de la persona. Convirtiendose esta en la principal herramienta de medición de los resultados de la formación.
4- Realizada la primera evaluación de aplicabilidad y posterior reflexión. Consideramos básico profundizar en la detección de las barreras que dificultan la transferencia de conocimientos y factores potenciadores, de cara a conseguir una formación más eficaz.

C-1098

ASISTENCIA SANITARIA DE POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL HOSPITAL LA INMACULADA DE HUÉRCAL-OVERA (ALMERIA)

ORTEGA CASANOVA,C; MARIN TRILLO, P; AGUILERA MANRIQUE, F.; GÓMEZ DÍAZ-CANO, P.; ORTEGA URIBE , P. Y SÁEZ MOLINA,E..
HOSPITAL LA INMACULADA DEL AGS NORTE DE ALMERÍA

Palabras Clave: Demanda Asistencial, Población Inmigrante

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital La Inmaculada del Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Huércal-Overa (Almería). Los autores son cinco responsables de enfermería en el Hospital, (3 Jefes de Bloque, 2 Supervisoras) y un Informático.

Descripción del problema/necesidades.

La tasa de inmigración del Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería problema/ presenta el tercer valor mas alto de Andalucía.(1.10% de mujeres y necesidades 1,40 % en hombres)

La pertenencia a una cultura diferente, los patrones de morbilidad específicos y las condiciones de vida en nuestro medio social, en general más precarias que las de la población autóctona, generan necesidades específicas que requieren la adaptación o nueva orientación de los servicios públicos, siempre en el marco de la constitucionalidad, la igualdad de derechos y deberes de los ciudadanos

Desarrollo y soluciones aportadas.

Con las bases de datos hospitalarias, se ha realizado un estudio observacional, prospectivo y analítico de la asistencia sanitaria a la población inmigrante durante 8 años consecutivos. (desde el 2001 al 2009). Se analizan variables demográficas, asistenciales (tipo: urgencias, hospitalización, consultas externas y partos.) y diagnósticas (según la CIE-9 MC).

Resultados obtenidos.

Desde el 2001 hasta el 2008 se observa que las urgencias atendidas a población inmigrante han pasado del 1.99% hasta el 19,47 % Los ingresos pasan del 1,64 % al 33,07 %. Pacientes atendidos en C. Externas del 0,67 % al 16,18 %. El numero de partos 3,37 % al 34, 52% Las estancias hospitalarias del 0,92 % al 15,19 %. Por orden las nacionalidades mas frecuentes son: Reino Unido, Ecuador, Marruecos y Rumania, salvo en el número de partos que los mas prevalentes son Ecuador y Marruecos. los diagósticos mas frecuentes son los relacionados con el embarazo y el parto, fracturas oseas y neoplasias malignas. Las mujeres son un 68.6% y los hombres 31,3%

Lecciones aprendidas.

Se ha conocido y analizado la espectacular evolución en la asistencia sanitaria a la población inmigrante y la patología más prevalente, las representaciones culturales de los inmigrantes para poder comprender e interpretar mejor sus problemas de salud. Propuestas de intervenciones:

Impulsar la creación de la “Carpeta del Inmigrante” en el Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Documento con la información clínica necesaria para inmigrantes con alta movilidad geográfica.

Promover la figura del voluntariado y mediador intercultural, que ayudaría a vencer barreras interculturales y serviría de enlace con el Sistema Sanitario. En un futuro se podría completar el estudio abarcando los Centros de Salud de las U.G.C del Area

C-1099

MANUAL DE ACOGIDA: INFORMACIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Toro-Sánchez L.; Solozabal-Orbegozo K.; Villa-Valle R.; Gallego-Camiña I.; Chueca-Ajuria A. y Uriarte-Brizuela P..
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

Palabras Clave: Personas-Rsc

RESUMEN

Contexto de partida.

La experiencia que se presenta se ha realizado en el Hospital General de Agudos de Galdakao-Usansolo, centro con cobertura para alrededor de 300.000 habitantes. Los promotores de este proyecto han sido el Proceso de RR.HH., el Equipo de Mejora de Personas (E.M.P.) y la Unidad de metodología de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

El Hospital Galdakao-Usansolo, enmarcado en una gestión basada en el modelo EFQM y con orientación hacia el desarrollo de una política de RSC; pretende trabajar en el ámbito de personas mediante aspectos claves como son la acogida e integración del personal de nueva incorporación al centro. El análisis de los resultados obtenidos en la encuesta de acogida del año 2007 realizada por el PR.-RR.HH., unido al contraste realizado por el E.M.P., advierte la necesidad de diseñar un manual de acogida específico para cada servicio como complemento del Manual de Acogida General. De aquí surge la idea de desarrollar un Plan de Acogida Integral para lograr la orientación e incorporación efectiva de los profesionales con un documento explicativo del servicio donde vayan a desempeñar su labor.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1)Técnicas cualitativas de consenso del EMP: Diseño de un guión con pautas generales comunes a todos los profesionales, así como específicas, por categorías profesionales. 2) Elaboración de manuales ajustados al formato establecido, en consenso con las supervisoras de cada unidad.

Resultados obtenidos.

1)Elaboración total de manuales:15 2)Guión: 2.1 Descripción, misión, objetivos y organigrama. 2.2. Cartera de servicios. Horarios de trabajo. 2.3. Equipo de trabajo. 2.4 Estructura física del servicio. 2.5. Equipamiento crítico 2.6. Definición de la sistemática de trabajo: funciones del personal. 2.7. Interacciones con otros servicios dentro y fuera del Hospital. 2.8. Procesos, protocolos de actuación y procedimientos. 2.9. Autorizaciones (LOPD). 2.10. Detalle de información disponible en la intranet. 2.11. Planes específicos de formación. 2.11Prevención de Riesgos Laborales. 2.13. Listín telefónico.

Lecciones aprendidas.

1)Definir claramente el formato de los campos, utilizando criterios homogéneos para todos los manuales. 2)Tiene que ser una primera toma de contacto con el puesto de trabajo, con la información necesaria acerca de las funciones del personal, horarios, protocolos de actuación, etc. 3)Debe enmarcarse en un proyecto conjunto que esté en coherencia con el Manual de Acogida general ya existente. 4)La fase de acogida resulta clave para la integración efectiva del profesional en el puesto de trabajo.

C-1100

PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA: ELEMENTO VERTEBRADOR DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

VILLA-VALLE R.; SOLOZABAL-ORGEGOZO K.; TORO-SÁNCHEZ L.; GALLEGO-CAMIÑA I.; DE ALLENDE-ACHALANDABASO A. Y REGIDOR-FUENTES I..
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

Palabras Clave: Comunicación, Personas, Objetivos

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) enmarcado en una gestión basada en el modelo EFQM y con una orientación hacia una gestión RSC: trabaja en el ámbito de personas a través de un elemento clave: la comunicación.

Descripción del problema/necesidades.
En 2005 el HGU define y establece un Plan de Comunicación Interna (PCI). Tal y como se establecía en él, en mayo de 2009 se somete a una evaluación y revisión con el objetivo de redefinir el plan.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Para la evaluación del PCI hemos utilizado técnicas cualitativas como soluciones aportadas son: el Grupo de Comunicación Interna, los Equipos de Reflexión EFQM, creados para la elaboración de la memoria; el Equipo de Mejora de Personas, que contrasta los resultados de las encuestas con las acciones de mejora implantadas y propone mejoras y el Análisis de Frenos y Motores.
Además hemos utilizado indicadores de percepción como son: Encuesta de Satisfacción de Personas (Dimensión de Comunicación), Encuesta de liderazgo (área de comunicación y habilidades comunicacionales), la Encuesta de satisfacción de la Intranet y la Encuesta de la Revista.

Resultados obtenidos.
SATISFACCIÓN PERSONAS: la puntuación media de la dimensión de comunicación ha sido de un 5.35, siendo la media general un 5.59 y habiendo incrementado la media desde el 2003 de un 20% aproximadamente. Existe variabilidad en la satisfacción atendiendo al grado de responsabilidad, siendo los más satisfechos los mandos (6.49), frente a los colaboradores (5.19). Por áreas, el personal de Servicios Asistenciales Centrales son los más satisfechos y los que menos la Urgencias. Y por categoría, los más satisfechos son el personal de administración (5.64) y los menos los técnicos con un 4.82 Comparándonos con Hospitales Generales de Osakidetza estamos en segundo lugar. El que mayor puntuación obtiene es un 5.62 y el que menor un 5.04.
ENCUESTA INTRANET: La puntuación media es 6.15 y se ha identificado como área de mejora la renovación del formato y usabilidad de la misma.
ENCUESTA DE LIDERAZGO: Las habilidades personales de los lideres (saber escuchar, accesibilidad…) se puntúan con 7.02 de media y su capacidad de impulsar el cambio con un 6.48.

Lecciones aprendidas.
La comunicación descendente se suele estancar en los mandos intermedios.
Existe un exceso de información y es necesario segmentar y establecer adecuados canales de comunicación.
Es necesario establecer objetivos y sistematizar la evaluación y revisión del plan Dificultad de obtener indicadores adecuados para medir la efectividad Necesidad de impulsar las TICs Rediseñar el PCI y ajustarlo a la realidad del HGU.

C-1101

¿QUÉ IMAGEN DAMOS A TRAVÉS DE NUESTRA CARTELERÍA? UNA EXPERIENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

FLURIACHE GARCÍA-CARO, P*; PACHECO JIMÉNEZ, F.J.; DULANTO BANDA, R.A; GONZÁLEZ ESTEBAN, M.I; ÁLVAREZ CÁRDENAS M.C Y GARRIDO VALVERDE, I..
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA

Palabras Clave: Carteles, Cultura Corporativa, Atención Primaria, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
La Comisión de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Talavera de la Reina del Servicio de Salud de Castilla-la Mancha planteó como área de mejora la evaluación de la cartelería de los Centros de Salud (CS) del Área. Equipo de trabajo: un médico asistencial, la responsable de Unidad de Atención al Usuario, la responsable de Unidad de Comunicación, el coordinador de Unidades Administrativas y una técnico de salud. Contó con la colaboración de 2 auxiliares administrativas de la Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario (OCAU).

Descripción del problema/necesidades.
El exceso de producción documental de instituciones, de los propios CS y externos al sistema expuestos en las áreas comunes de los CS percibido por la comisión y la ausencia de protocolo para la gestión de cartelería, exige un esfuerzo para normalizar una estructura común. Para conocer la situación de partida, se analizaron las características de la cartelería y se crearon criterios de adecuación para clasificar la calidad y el contenido general de la misma.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Enero-febrero de 2009: 2 evaluadores del grupo de trabajo visitaron los CS revisando y registrando las características de los carteles. Marzo: se elaboró y difundió una encuesta para identificar aspectos relevantes en la gestión de cartelería entre los líderes de los Equipos de Atención Primaria. Abril: en base a los resultados y las propuestas de mejora se realizó un Procedimiento para la Gestión de Cartelería, aprobado por el Equipo Directivo y remitido a los centros. Se estableció un catálogo de carteles disponibles y formatos institucionales para la producción de documentos de difusión.

Resultados obtenidos.
Se encontraron 962 carteles. 447 son de los 12 CS rurales y 515 de los 4 urbanos. El 72% están instalados en pared y el 16% en puertas de consultas; el 50% con cinta adhesiva y el 5% con esparadrapo. El 7,28% es de laboratorios y el 32% son elaborados por los CS sin criterios corporativos. Un 9% son ajenos al Sistema Sanitario. Según los criterios de adecuación consensuados, 237 carteles se consideran adecuados, 333 adecuados mejorables y 204 muy mejorables. 190 carteles cumplieron criterios de retirada del CS. En la encuesta a los CS se evidenció que una buena gestión de la imagen es clave, aunque no había identificados responsables ni protocolos.

Lecciones aprendidas.
La existencia o ausencia de liderazgo y protocolos condiciona las actividades de calidad de los profesionales. A partir de este diagnóstico se están realizando intervenciones en los CS y los equipos han comenzado a participar activamente en la gestión de la imagen de sus centros.

C-1102

EL LIDERAZGO CORPORATIVO COMO FACTOR DE ÉXITO EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE EXCELENCIA EFQM

GOMIS CEBRIAN R*; PARRA HIDALGO P; ALLEGUE GALLEGO JM; GARCÍA CORDOBA JA; SÁNCHEZ BAUTISTA S Y HERRANZ VALERA JJ.
CONSEJERIA DE SANIDAD

Palabras Clave: Gestión de Calidad, Acreditación de Instituciones

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto Corporativo desarrollado en el Servicio Murciano de Salud (SMS), con implicación de los equipos directivos de las Gerencias de Atención Primaria, Hospitales y 061. En total, 13 Gerencias.

Descripción del problema/necesidades.

Mejorar la gestión sustentada y alineada con políticas de calidad, permite centrar los objetivos en actuaciones que realmente aportan valor añadido, en un entorno que busca la satisfacción de nuestros pacientes/clientes, profesionales y sociedad en general, maximizados en organizaciones que ostentamos el carácter de públicas. Si a eso le unimos la necesidad de estructurar la organización en actividades procedimentadas en un entorno de contínuo aprendizaje, innovación y mejora, estaremos en una posición inmejorable para empezar a hablar de la Excelencia.

El objetivo es presentar el resultado de varios años de trabajo corporativo para la mejora de la calidad en la gestión de nuestras organizaciones sanitarias.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Primera Fase 2005.- Realización de Autoevaluación de todas las soluciones aportadas Gerencias sobre las actividades y resultados de nuestras organizaciones, enfrentándolas a un modelo de excelencia (EFQM) para elaborar posteriormente Planes para la Mejora Continua.

Segunda Fase 2006-2007.- Formación a equipos y diseño e implementación de medidas correctoras e incorporación de resultados del Modelo EFQM a los contratos de Gestión.

Tercera Fase 2008-2009.- Nueva Autoevaluación y certificación externa de los resultados y avances obtenidos.

La totalidad de los equipos directivos y líderes clave participaron en actividades de formación e implicación.

Resultados obtenidos.

Se han producido innovaciones en todos y cada uno de los 9 criterios del Modelo EFQM. Por citar algunos: las encuestas corporativas de satisfacción que permiten comparar intra e intercentros; la coodinación de la formación continuada; sistemas de información adaptados y coordinados; club regional de evaluadores; desarrollo corporativo de procesos; o diseño del contrato de gestión adaptado a EFQM.

Todas las Gerencias disponen de planes de mejora interna y, hasta la fecha, 9 han sido reconocidas con el sello EFQM "Compromiso hacia la Excelencia/Committed to Excellence". Las otras 4 serán evaluadas externamente a finales de 2009.

Lecciones aprendidas.

Es un proceso complejo y de varios años que requiere un cambio cultural en la organización, para el que ha sido imprescindible el liderazgo corporativo. Exige constancia en el método y es necesario explicitar los objetivos a conseguir.

El reconocimiento funciona como estímulo y es positivo para las organizaciones generar competencia intercentros.

C-1103

INTEGRACIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL EN EL ÁMBITO DE LA UNIDAD CLÍNICA DE PEDIATRÍA DEL H.U. PUERTA DEL MAR

SÁNCHEZ SAUCO MF; REY DELGADO MP ; AGUIRRE COPANO T ; ALONSO OJEMBARRENA A.; JIMENEZ CERRATO P. Y ORTEGA GARCÍA JA.
UNIDAD CLINICA DE GESTION DE PEDIATRIA

Palabras Clave: Salud Ambiental, Sostenibilidad Hospitalaria, Pediatría

RESUMEN

Contexto de partida.

La actividad se realiza desde un equipo interdisciplinar en el marco de la UC Pediatría del HU Puerta del Mar de Cádiz con el apoyo de la política ambiental del mismo y se trabaja para integrar la Salud Ambiental en la práctica clínica, como responsabilidad social ineludible.

Descripción del problema/necesidades.

De lo global a lo local, así se está consolidando la Salud Ambiental en el mundo sanitario. Políticas Europeas: Plan de Acción Europeo Medio Ambiente y Salud 2004-2010, Estatales: Plan Nacional de Acción en Salud y Medio Ambiente 2009-2012, y regionales como plan andaluz de salud ambiental 2008-2012, apoyan este cambio. Incorporar la salud ambiental a la práctica clínica es un acercamiento del mundo sanitario a unos factores promotores y/o preventivos que podían pasar desapercibidos y pueden tener un peso específico a la hora de prevenir, diagnosticar, tratar o cuidar a un paciente. Atención especial requiere la infancia ya que es un grupo muy susceptible a las amenazas medioambientales, por su caracteristicas anatomofisiopatologicas y sociales

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde la concienciación de los profesionales se trabaja para integrar el medioambiente en la práctica clínica, implementando acciones de salud ambiental:

•Procedimiento de control de rudios en Uci Pediatrica y Neonatologia
•Exposición Radiológica: protección y radiación pasiva
•Promoción de la lactancia materna
•Protocolo de adaptación al horario biológico (iluminación)
•Procedimientos: Método canguro, humanización del parto. Programa de puertas abiertas en neonatología y UCI pediátrica. Ingreso individual con cuidador
•Práctica clínica:Cuestiones Ambientales en el diagnostico, tratamientos y cuidados
•Educacion Sanitaria: diabetes, asma, cáncer, obesidad
•Sostenibilidad Hospitalaria: gestión de residuos, eliminación progresiva del Hg. Formación para profesionales
•Quimicos: compra ecológica atencion a PVC ftlatos, bisfenoles
•Se plantea la consolidación de una línea de investigación medioambiente e infancia

Resultados obtenidos.

Actualmente estamos en fase de recogida de datos e implantación de acciones que integren la salud ambiental en la práctica clínica diaria. Observamos un aumento de la de satisfacción de los usuarios y una creciente cultura ambiental entre los profesionales

Lecciones aprendidas.

Los profesionales de la salud debemos conocer las implicaciones que tiene la interrelación del ser humano con el medioambiente e integrarlo en la práctica clínica. Además desarrollar políticas de Sosteniblilidad Hospitalaria para eliminar o minimizar las agresiones ambientales derivadas de la practica diaria e incorporar mejoras

C-1104

AUTOEVALUACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA MEDIANTE EL EFQM FRAMEWORK FOR CSR

CORNEJO GARCÍA, I.; TELLO GARCÍA, M.L.; ALEMANY LÓPEZ, A.; MARTÍN-MAESTRO POLO, P.; TOUS GONZÁLEZ, J. Y NÚÑEZ FERNÁNDEZ, M..
Área 1 Atención Primaria - Servicio Madrileño de Salud

Palabras Clave: Responsabilidad Social Corporativa, Autoevaluación,
Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

La autoevaluación de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) se ha realizado en un Área de Atención Primaria de Madrid y han participado 37 profesionales, de los que 6 eran subdirectores, 16 personal facultativo, 6 personal de enfermería y 9 personal no sanitario

Descripción del problema/necesidades.

En la última autoevaluación EFQM (2006) se identificaron Puntos Fuertes y Áreas de Mejora del ámbito de la RSC, lo que condujo a la puesta en marcha de varias líneas de trabajo en dicho ámbito. Transcurridos 2 años se consideraba necesario evaluar de manera específica el desempeño y los resultados de la organización en materia de RSC y respecto de sus stakeholders para revisar la estrategia y planificar nuevas actuaciones

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se ha empleado la herramienta específica EFQM Framework for CSR. Se han constituido 9 grupos de 4 evaluadores cada uno, de los principales ámbitos funcionales y geográficos del Área y ha habido un coordinador del proyecto. Fases: 1. Aprobación del proyecto por la Dirección. 2. Presentación del proyecto a los 33 Equipos de Atención Primaria a través de sus coordinadores. 3. Constitución de los equipos evaluadores. 4. Sesión formativa con los evaluadores, sobre conceptos de RSC, herramienta de evaluación y dinámica de evaluación. 5. Sesiones de autoevaluación por grupos. 6. Redacción de los formularios de resultados por grupos 7. Análisis de los formularios y propuesta de actuaciones por una comisión técnica permanente. 8. Formulación de una estrategia de RSC y planificación de actuaciones. La duración total del proyecto ha sido de 5 meses

Resultados obtenidos.

Se han identificado 112 Puntos Fuertes y 123 Áreas de Mejora, distribuidas entre los 9 criterios EFQM. Para facilitar la planificación de actuaciones se han agrupado en 10 ámbitos temáticos (enfoque general de la RSC, comunicación, sistemas de información, evaluación de resultados, desempeño relativo a las personas de la organización, formación y conocimiento, desempeño social y medioambiental, asignación presupuestaria y sostenibilidad económica, accesibilidad,actividad asistencial) Entre las Áreas de Mejora cabe resaltar, por su influencia en el buen fin de las actuaciones, la escasa información de los profesionales del Área en materia de RSC y la necesidad de definir una estrategia integral de RSC en lugar de actuaciones aisladas

Lecciones aprendidas.

Para mejorar el proyecto es necesario: Aumentar la información sobre RSC en la organización. Incorporar a los stakeholders al proceso de evaluación y seguimiento. Integrar los objetivos de RSC en los objetivos anuales y en los sistemas de información

C-1105

MEJORA CUALITATIVA DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

LARA FERNÁNDEZ, ROSARIO; MARTÍNEZ MUÑOZ, MONTSERRAT; DE HARO POYO, ANDREU; COLLADO VÁZQUEZ, FRANCESCA; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, JOSEFINA Y ARTIGAS LAGE, MONTSERRAT.
UNIDAD DE FORMACIÓN DOCENCIA Y DESARROLLO DE ENFERMERÍA

Palabras Clave: Comunicación, Científica, Formación, On-Line, Abstract

RESUMEN

Contexto de partida.

La producción científica es un valor añadido a la profesión enfermera, disponiendo en la actualidad de un amplio marco de mejora. Actualmente las nuevas promociones universitarias ya disponen de una dinámica investigadora y participativa originada por las acciones lectivas del currículo universitario, pero un gran volumen del colectivo de enfermería no ha pasado por este proceso, por ello creemos importante facilitar y motivar para poder integrar y aglutinar a todo el colectivo

Descripción del problema/necesidades.

Mejorar la calidad de la actividad científica de los profesionales mediante estrategias formativas y elementos motivadores propiciados des de la Dirección de Enfermería

Desarrollo y soluciones aportadas.

La formación en línea de programas formativos se eligió como una estrategia formativa adaptada a los profesionales de enfermería de nuestra institución. Elaborándose una metodología propia para cubrir nuestra necesidad. El curso se desglosó en 4 módulos operativos, cada módulo adjunta una prueba de conocimientos, en ocasiones con preguntas cerradas y en otras ocasiones con preguntas abiertas que son valoradas por el tutor de cada módulo. Finalmente tras realizar los 4 módulos el alumno tiene una última prueba de conocimiento que en este caso consta de elaborar un resumen/abstract y también un póster. También dispone de medios para ampliar conocimientos relacionados con la materia a los profesionales que están dispuestos con bibliografía, documentación relacionada y links de consulta. Como elemento motivador se realiza de manera bianual una Jornada de actividad científica como espacio de intercambio de conocimientos

Resultados obtenidos.

Se elaboró una prueba piloto del curso “Introducción a la elaboración de actividades científicas” con metodología on-line y presencial, dentro del plan formativo propio de la institución para posteriormente poder realizar comparativas de los resultados. Por otro lado se realizó, la II Jornada de Actividades científicas 2008, obteniendo en la última edición una participación de 562 profesionales asistentes, con 20 comunicaciones orales y 84 pósters electrónicos, expuestos y defendidos

Lecciones aprendidas.

Destacar que ofrecer instrumentos facilitadores para la mejora de la calidad de la producción científica en un hospital universitario de tercer nivel proporciona resultados evidentes, esperanzadores y tangibles, que motivan para poner en marcha nuevos proyectos más ambiciosos

C-1106

LA VOZ DE LOS PROFESIONALES EN EL HOSPITAL DONOSTIA. UNA VOZ INDIVIDUAL Y PARTICIPATIVA

JOSUNE RETEGUI ORMAZABAL.
HOSPITAL DONOSTIA

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

La Dirección de Personal y la Unidad de Calidad definieron el proyecto: objetivos, fases y puesta en marcha. En el proyecto colaboraron además tod@s l@s componentes del equipo directivo y en cada fase unos 110 profesionales del hospital representantes de todas las categorías profesionales

Descripción del problema/necesidades.

La primera encuesta que medía la satisfacción de los profesionales del HDonostia, se realizó en el 2003 y daba unos resultados por debajo de la media de Osakidetza. Con el objetivo de mejorar los niveles de satisfacción se crearon 8 grupos de mejora en el año 2004 con una participación de un centenar de personas

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el año 2004 se crean 8 grupos para analizar los resultados de la encuesta con una participación de un centenar de personas. El proceso fue:1-Analizar resultados y proponer áreas de mejora.2-Dirección analiza las propuestas y prioriza->Definición de objetivos estratégicos.3-Presentación a los grupos de los objetivos ->Ajustes.4-Aprobación definitivos por la Dirección. El resultado de las propuestas de mejora se difundió a través de un documento remitido a todos los profesionales a su domicilio con un artículo en la revista del Hospital

Resultados obtenidos.

La inclusión de objetivos en los planes operativos de 2005/2006. Los resultados de estas acciones se volvieron a medir en 2006. La encuesta nos define donde hemos mejorado. En este segundo ciclo, en dos sesiones analizamos y planteamos propuestas traducidas a objetivos incorporados a los planes 2007/2008. En el año 2008 se realizó la tercera encuesta siendo la tendencia positiva

Lecciones aprendidas.

Con este sistema hemos realizado PDCA en el proceso de la VOZ DE LOS PROFESIONALES. • Los grupos de mejora han servido a la dirección para comunicarse directamente con los profesionales.

La próxima vez sería interesante apoyarse en una nueva metodología donde la participación sea más abierta (World cafés).Asimismo consideramos necesario utilizar las redes sociales que permitan acercar la voz del profesional.

La participación ha permitido introducir mejoras y con ello la satisfacción. También ha conseguido acercar la Dirección a los/as profesionales. En definitiva ha supuesto una NUEVA FORMA DE CONCEBIR LA VOZ DE LOS PROFESIONALES:1.Voz más personalizada e individual. 2.Se incorpora al profesional no sólo en el análisis de los resultados, sino como partícipe de todo el proceso.

C-1107

GESTIÓN POR PROCESOS DE LA BIOSEGURIDAD AMBIENTAL EN UN NUEVO HOSPITAL

CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ ; CARMEN MARÍA SAA REQUEJO ; SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ YVANESA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ .
HOSPITAL INFANTA SOFIA

Palabras Clave: Control Calidad Aire, Riesgos Ambientales

RESUMEN

Contexto de partida.

La apertura de un nuevo hospital supone además de un reto organizativo para los profesionales sanitarios un gran impacto social en la población de referencia.

La elaboración del mapa de procesos de bioseguridad ambiental (BSA) surge de la necesidad de organizar las actividades de forma estructurada con la apertura del centro, favoreciendo la cultura de trabajo en equipo desde la gestión por procesos y la responsabilidad social corporativa. La Unidad de Medicina Preventiva y Calidad con la Dirección del Hospital han impulsado este trabajo, en colaboración con los responsables del Bloque Quirúrgico y los servicios de Microbiología, Unidad de Cuidados Intensivos, Mantenimiento y Limpieza del Hospital Infanta Sofía, perteneciente a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid

Descripción del problema/necesidades.

Cualquier actividad sanitaria debe desarrollarse en un entorno de adecuada BSA para prevenir las infecciones asociadas a cuidados sanitarios y por tanto la seguridad en la asistencia prestada. El objetivo del proyecto fue diseñar y programar las actuaciones de bioseguridad en las zonas de riesgo con los diferentes agentes implicados, que en nuestro caso pertenecen a diferentes empresas de gestión, trabajando de forma coordinada y eficiente. Las experiencias recogidas en los hospitales con modelos de gestión tradicional avalan la necesidad de abordar el trabajo de forma programada y multidisciplinar

Desarrollo y soluciones aportadas.

A la vista de la necesidad de una programación y organización soluciones aportadas conjunta se estableció un calendario de reuniones y actividades a organizar. En las diferentes reuniones se abordaron los siguientes aspectos: definición de zonas de riesgo, vigilancia ambiental y muestreo microbiológico, programas de mantenimiento y limpieza en zonas de riesgo, actuaciones preventivas y registro de verificación ambiental

Resultados obtenidos.

Se elaboró la hoja de recogida de datos, el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) de obtención de muestras, la matriz de actividades con responsables y registros, el cronograma secuencial de actividades de mantenimiento y limpieza, y finalmente el diseño del mapa y ficha de procesos de gestión de BSA. Esto permitió coordinar las actuaciones de vigilancia y control de BSA con un alto grado de cumplimiento

Lecciones aprendidas.

La experiencia de este proyecto ha favorecido un aprendizaje, derivando en la aplicación de esta metodología de trabajo en otras áreas hospitalarias. El compromiso de un cronograma de actividades estructuradas es una herramienta muy útil en los procesos en los que intervienen múltiples y diversos profesionales

C-1108

HOSPITAL PLATÓ: COMO NOS RELACIONAMOS CON LOS GRUPOS DE INTERÉS

MARTA BARAHONA ORPINELL; DANIEL POLO NAVARRO; MONTSERRAT MONGE GIMENO; DOLORES OJEDA VAZQUEZ; JORDI PUJOL COLOMER Y ANNA JOVER MORENO.
HOSPITAL PLATÓ

Palabras Clave: Grupos de interés

RESUMEN

Contexto de partida.

En el marco de la comisión de Responsabilidad Social Corporativa del Hospital Plató, se presentarón en las jornadas estratégicas del Hospital celebradas en Febrero de 2009 siete ideas. Una de ellas era el realizar una o varias jornadas de puertas abiertas, dirigidas a personas clave del distrito en que está ubicada nuestra institución para presentarnos y dar a conocer los servicios que ofrecemos. Participó un equipo multidisciplinar.

Descripción del problema/necesidades.

Hospital Plató es una institución adherida a la XHUP (red de hospitales problema/ de utilización pública), ubicada en Barcelona en el distrito de necesidades Sarrià/Sant Gervasi. Somos centro de referencia como Hospital Público de Agudos de la zona de “Barcelona Esquerra” para una población de 150.000 habitantes. Nuestra población dispone en su mayoria de doble cobertura (mutual y seguridad social) y además no conoce como acceder a nuestro centro. Hospital Plató está en una fase de evolución y crecimiento; está previsto abrir a finales de año el servicio de urgencias con el que se duplicará la capacidad de urgencias actual. Asimismo nuestra visión es ser el hospital de referencia de nuestro barrio.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Nos reunimos con la sección de Servicio a las Personas del distrito para plantearles el proyecto. Queriamos que las personas clave del distrito (asociaciones de gente mayor, asociaciones de vecinos ..) conocieran nuestro hospital y los servicios que ofreciamos como centro de la red sanitaria pública. En el distrito nos propusieron que el “Consell de la Gent Gran” se realizará en la Sala de Actos del Hospital Plató en vez de en el Ayuntamiento, y que la primera parte de este consejo la utilizaramos para presentarnos. La convocatoria a las diferentes asociaciones de gente mayor se hizo a través del Ayuntamiento de Sarrià, y se hizo la reunión en Hospital Plató el dia 8 de Junio de 2009.

Resultados obtenidos.

Vinieron al “Consell de la Gent Gran” celebrado en el Hospital 35 representantes de diferentes instituciones del Distrito. Se hizó una presentación del centro a cargo del Director General del Hospital y luego hubo un turno de ruegos y preguntas muy participativo. Detectamos acciones de mejora a partir de las experiencias personales de algunos de los participantes.

Lecciones aprendidas.

Tiene mayor repercusión una reunión con personas clave del distrito, que pueden transmitir a quienes acuden a sus organizaciones lo que han visto y oido, que acciones divulgativas no personalizadas y dirigidas a un público más inespecífico. Tenemos previsto realizar en Noviembre una jornada con las asociaciones de vecinos del distrito.

C-1109

HACIENDO FRENTE A LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUÉLETICOS DE ORIGEN LABORAL

DOMINGUEZ FERNÁNDEZ, M.; LÓPEZ DE MUNAIN BERGANZO, A.; ANITUA VALLERCA, A.; SANCHEZ GARCÍA, M.; VICENTE GÓMEZ A. Y ORMAZABAL GALARRAGA IZARO.
HOSPITAL SANTIAGO-OSAKIDETZA

Palabras Clave: Prevención, formación, higiene postural, seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha llevado a cabo desde la Unidad de Prevención del Hospital Santiago, con la colaboración del Sº de Rehabilitación, desplegándose en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Descripción del problema/necesidades.

La Evaluación de Riesgos y el análisis estadístico de Siniestralidad, problema/ herramientas utilizadas en Prevención de Riesgos Laborales, refleja necesidades datos significativos sobre trastornos músculo-esqueléticos de origen laboral, asociados principalmente a tareas con manipulación de pacientes. Uno de los factores clave a valorar es la formación en higiene postural.

Los objetivos que se plantean son:

Conocer normas y principios de Higiene Postural.

Concienciar sobre las consecuencias derivadas del mantenimiento de posturas inadecuadas.

Mejorar las habilidades al trabajar con pacientes, adquiriendo seguridad y confianza en la realización de la tarea.

Para cuantificar el problema se han utilizado 2 métodos:

REBA, para valorar la probabilidad de que se materialice el riesgo de lesiones asociadas a una postura: Riesgo Importante.

Análisis estadístico de siniestralidad, para identificar origen y prevalencia del riesgo: el 75 % de los accidentes con baja en la UCI, se pueden asociar a posturas inadecuadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Fase de Planificación: Tras la observación y análisis cuantitativo se manifiesta la necesidad de contar con expertos en la materia, Sº de Rehabilitación, formando un grupo de trabajo para identificar los factores más significativos sobre los que trabajar. Fase de implantación: Sesiones formativas en grupos reducidos. Se incluye práctica en la propia Unidad (UCI). Fase de Revisión y Ajuste: Analizando las encuestas de valoración de la primera sesión, se ajustan los tiempos, ampliando la parte práctica. La difusión del proyecto se realizó a través del Comité de Seguridad y Salud, en el que participa la dirección y representantes de los trabajadores.

Resultados obtenidos.

Se ha comprobado mediante la observación la transferencia de la formación al trabajo diario: uso de técnicas aprendidas, mayor destreza, confianza y seguridad durante la manipulación del paciente. Se ha recibido peticiones de otros Servicios para recibir la misma formación.

Lecciones aprendidas.

Un factor clave de éxito ha sido contar con formadores del propio Hospital: conocen el problema, los medios y las personas.

C-1110

"CUIDADORAS SIN PAPELES". PROFESIONAL ADMINISTRATIVO DE REFERENCIA.

CORTACERO ALMENDROS, M; CAMACHO SÁNCHEZ, N; BLANQUEZ MOYA, AB; CASAS RUZ, A; RODRÍGUEZ MADRIGAL, I Y TIJERAS GARCÍA, M.
EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Cuidadoras, Administrativos, Atención, Ciudadana

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se está realizando en el Hospital de Alta Resolución de Guadix (Granada) y Hospital de Alta Resolución El Toyo (Almería).

Descripción del problema/necesidades.
poryecto: asignación de un profesional administrativo de referencia, para cada CDGD, con los objetivos de: Atención administrativa personalizada, Complementar la atención sanitaria, Mejora de la accesibilidad (telefonica y presencial),Identificar cuidadoras en especial situación de sobrecarga.
Población Diana: Cuidadoras de personas con gran discapacidad: mayores de 65 años, alta frecuentación hospitalaria, y cuidadoras con necesidades especiales.
Profesionales implicados: administrativos del servicio de atención ciudadANA (sac), profesionales asistenciales y trabajadores sociales.

Descripción del problema/necesidades.
Las CDGD en general tienen múltiples contactos con los centros hospitalarios tanto para asistencia sanitaria, como para gestión de trámites administrativos para la persona a cuidar.Estudio de distribución demográfica de las CDGD en el Área de Cobertura, y análisis de frecuentación.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se lleva a cabo mediante una actuación preactiva por parte soluciones aportadas de los profesionales para identificar necesidades individuales de la población diana.
Profesionales implicados en el Proyecto: responsables Adopción de intervenciones específicas: Gestión de tramites administrativos con otros centros sanitarios Gestión de trámites administrativos en el mismo Hospital Coordinación de citas (Acto único). Gestión de solicitud de material ortoprotésico.
Coordinación para información clínica Facilitar la coordinación en la asistencial (interniveles) y sociosanitaria.
Información Apoyo dentro del hospital Seguimiento telefónico Recogida de sugerencias Medir grado de satisfacción Difusión del proyecto: •Envío de carta personalizada •Contacto telefónico •Presentación en Talleres de Cuidadoras Fases del Proyecto:
1.Definición de intervenciones a realizar.
2.Identificación de la población diana.
3.Desarrolla de aplicación informática para seguimiento.
4.Implantación de intervenciones.
5.Seguimiento y correcciones del proyecto.

Resultados obtenidos Población DiANA estimada, zona de cobertura del HAR de Guadix 800 cuidadoras, de las cuales el 5 % son de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
Implantación del Proyecto: julio de 2009
Registro de intervenciones, (a demanda y activas); datos administrativos, de salud, familiares y laborales de las CDGD.
Análisis de resultados en octubre de 2009.

Lecciones aprendidas.
Primeras conclusiones, propuestas e implantación de mejoras a partir de julio de 2009.

C-1111

LA CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO, UNA REALIDAD!!

SABATÉ I AGUILÀ, YOLANDA; PÉREZ DELMORAL, ELENA Y BRU CAMARASA, ESTHER.
HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS

Palabras Clave: Consulta enfermería, Ostomia, Educación sanitaria

El Trabajo fue realizado por el equipo de enfermeria de Cirugia del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (HUSJR) (272 camas) donde se realizan unas 50 ostomias/año.
Aproximadamente un 20% de estos pacientes buscan soporte en otros centros cuando surgen problemas.

Descripción del problema/necesidades.
Si una intervención quirúrgica supone un cambio brusco en la vida de un paciente, en el caso del paciente ostomizado este cambio se acentua aún más debido a las ámplias y diversas secuelas post quirúrgicas que implica este tipo de intervención. Su calidad de vida se ve afectada (cambio de imagen corporal y falta de conocimientos que derivan en inseguridad i/o conductas reactivas de depresión).Si a esto le sumamos las múltiples complicaciones tardias (10-60%)nos lleva a la necesidad de crear una consulta especializada y de calidad para poder realizar un seguimiento y asesoramiento individualizado en la etapa pre-post quirúrgica, evitando que hayan de ser derivados a otros centros cuando tengan problemas.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Nos propusimos demostrar que la consulta era necesaria. Para ello se realizo:
-Estudio retrospectivo.
Recopilamos datos de IQ que teminaron con una ostomia (2001-09):
377 pacientes(66,8%H,33,2%M),media de edad 70 años, Colost.
definitivas 147(39%), temporales 144(37,5%), Ileostomías 21 (5,5%), Cistectomías 68(18%).
-Revisión bibliográfica.
-Benchmarking con otras experiencias.
-Formación de los profesionales.
-Elaboración circuito atención paciente ostomizado.
-Diseño consulta específica ostomias: Funciones de enfermería, Objetivos generales, Necesidades básicas de la consulta, Ámbito de actuación y criterios de inclusión, Actuación en la etapa de hospitalización, al alta y en la consulta y Diagnósticos de Enfermería específicos.

Resultados obtenidos.
El proyecto ha sido aprobado por la Dirección, pasando a formar parte su implementación del Plan Estratégico del Centro para 2009.
La consulta funciona 1 día/semana 7 horas con una enfermera especialista en estomaterapia.
El paciente es citado a la semana del alta y se programan visitas sucesivas según necesidad.

Lecciones aprendidas.
Con nuestra consulta de enfermería damos a nuestros pacientes ostomizados una respuesta educativa individualizada y de calidad, abordando la mejora del autocuidado, modificando estilos de vida y detectando problemas de salud.
Además, para mejorar esta atención, queda pendiente seguir realizando formación continuada dentro del servicio para unificar criterios de actuación y crear registros específicos.

C-1112

MEJORAS EN EL TRANSPORTE SANITARIO EN PACIENTES DE DIÁLISIS TRAS ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN Y RECLAMACIONES

DANIEL MORENO SANJUÁN; JESÚS BUJALANCE HOYOS; BERNARDO PRIETO RUZ Y VIEITEZ FERNANDEZ VIRGINIA.
HOSPITAL CARLOS HAYA

Palabras Clave: Transporte sanitario, Diálisis, Ambulancias, Demora, Reclamaciones

RESUMEN

Contexto de partida.

Realizado en el H.R.U. Carlos Haya, en la subdirección de Atención Ciudadana, Unidad de prestaciones complementarias y conciertos. El personal que ha participado en este proyecto ha sido el administrativo de la Unidad encargado de las prestaciones, el Jefe del Servicio y el subdirector de la misma, junto con la participación del Servicio de Nefrología, las asociaciones de pacientes de Nefrología y la empresa concertada de ambulancias del hospital.

Descripción del problema/necesidades.

Tras el análisis del las reclamaciones escritas en el 2008 por los pacientes, y los datos de la encuesta de satisfacción realizada por la asociación de pacientes ALCER durante el primer trimestre de 2009, nos planteamos la necesidad de mejorar el trasporte sanitario para evitar demoras y retrasos repetitivos en ciertas áreas de la ruta, que afectaba a un grupo determinado de pacientes. Como consecuencia, hemos mejorado determinados tramos de los traslados y horarios de los mismos y de las diálisis, disminuyendo los tiempos de espera.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se han analizado las reclamaciones y se han realizado reuniones, en varias ocasiones, desde el Servicio de Atención CiudadANA con el responsable de la empresa de transporte sanitario por un lado, con el servicio de Nefrología y con los representantes de la asociación ALCER por otro, para así plantearles la situación, obtener más información desde distintos puntos de vista y llevar a cabo el plan de mejora.

Resultados obtenidos.

El proyecto está recién implantado (Mayo-Junio 2009) en su primera fase, con lo cual no podemos medir aún la mejora en la calidad percibida del cambio. No obstante, a priori, los pacientes y el servicio de Nefrología del hospital han manifestado haber una mejoría considerable, aunque aún no está medida en términos cuantitativos. Aún falta por implantar la segunda parte del plan de mejora, donde se contempla la modificación de otras rutas para mejorar la calidad en el transporte sanitario. Este proyecto, inicialmente, ha conllevado la necesidad a la empresa de ambulancias de tener que reorganizar sus rutas y optimizarlas y también de la modificación del horario de la sala de diálisis del hospital.

Lecciones aprendidas.

Trabajar con asociaciones de pacientes es un vehículo para obtener información relacionada con su colectivo, puesto que mucha de la información la aportaron ellos, la cual no estaba reflejada en las reclamaciones analizadas del 2008, y a su vez, las asociaciones y el trabajo con ellas, son un camino excelente para poder realizar planes de mejora desde un punto de vista crítico, participativo y constructivo para la mejora continua.

C-1113

INFLUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

HERRERIAS NAVARRO, MARIA ISABEL; ORTEGA URIBE, PILAR; SAEZ MOLINA, ENCARNACIÓN; ORTEGA CASANOVAS, CARLOS; MARIN TRILLO, PEDRO Y AGUILERA MANRIQUE, FRANCISCO.
HOSPITAL LA INMACULADA

Palabras Clave: Analisis Estadistico, Edad, Estancia

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado en el área de hospitalización del Hospital la inmaculada, perteneciente al AGSN de almería. Profesionales implicados: supervisoras, jefes de bloque y personal de la unidad de estadística.

Descripción del problema/necesidades.

Comprobar la relación del envejecimiento de la problema/población del área con el número de ingresos y necesidades variabilidad en la estancia media.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realiza un estudio descriptivo comparativo retrospectivo trasversal. Periodo de tiempo del estudio fue 1 enero-31 diciembre de los años 2001 y 2008. Criterios de inclusión, pacientes mayores de 65 años de edad, con ingreso hospitalario. A traves de la base de datos se obtuvo la información sobre las variables a estudio (número de ingresos, grd, estancias medias y edad de los pacientes ingresados) en eldos años a estudio.

Resultados obtenidos.

Analizando los resultados obtenidos observamos:

1. El número de ingresos del 2008 en comparación con el 2001 ha disminuido de 2759 a 2583.
2. La estancia media del 2001 a 2008 se ha incrementado de 9,12 a 9,70 días.
3. La edad media de los pacientes ingresados ha aumentado de 76,02 en 2001 a 77,39 en 2008.
4. En relación a los GRD hemos seleccionado los 10 GRD más frecuentes en los años a estudio y se ha observado que grd mas frecuente son:

2001: Neumonia simple y otros trast.Resp.Exc. Bronquitis & asma con cc mayor insuficiencia cardiaca & shock angina de pecho accidente cerebrovascular no especifico & oclusion precerebral sin infarto enfermedad pulmonar obstructiva cronica dolor toracico proc. De cadera & femur excepto articulacion mayor edad>17 sin cc sustitucion articulacion mayor excepto cadera & reimplante miembro inferior sustitucion de cadera excepto por complicaciones neumonia simple & pleuritis edad>17 con cc 2008:

Neumonia simple y otros trast.Resp.Exc. Bronquitis & asma con cc mayor ictus con infarto insuficiencia cardiaca & shock

Lecciones aprendidas.

Trast.Circulatorios con iam sin compl. Mayores alta con vida sustitucion articulacion mayor excepto cadera & reimplante miembro inferior icc & arritmia cardiaca con cc mayor proc. De cadera & femur excepto articulacion mayor edad>17 sin cc fracturas de cadera & pelvis edema pulmonar & insuficiencia respiratoria sustitucion de cadera excepto por complicaciones

El número de ingresos ha disminuido en el intervalo del tiempo estudiado. Sin enbargo se ha observado un aumento de la estancia media así como la edad media de los pacientes ingresados. Los grd más frecuentes en ambos periodos han sido similares

C-1114

FUNDAMENTOS, BASES Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTAPEDIATRÍA PRENATAL PARA GESTANTES DE RIESGO.

GUZMAN CABAÑAS JM; MIÑO MORA M.; CARRASCO RICO S Y TEJERO MUÑOZ I.
UNIDAD DE NEONATOLOGIA

Palabras Clave: Diagnóstico prenatal, Consulta pediátrica Prenatal

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Hospital Materno Infantil Reina Sofía de Córdoba, Unidad de Perinatologia,de Medicina fetal y planta de hospitalización de gestantes de riesgo

Descripción del problema/necesidades.

No existia una consulta de estas caracteristicas y el grupo de profesionales dedicados a la atención Perinatal pensamos que el "niño necesidades aún no nacido" y de su entorno familiar se beneficiarian de elloy mas las gestantes con Alto Riesgo.
Demostrado con nivel de evidencia 1 y fuerza de la recomendación A que la atención pediatrica prenatal r en cualquier época de la gestación, es eficaz para mejorar la salud de la madre y del niño.
El obstetras y neonatólogos tuvimos reuniones para planificar la consulta prenatal, escoger a las gestantes que se beneficiarian, teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo, inicialmente consulta programada una vez a la semana y durante 5 horas.
La cuantificacion se realizo con registros de las consultas y plantas de hospitalización durante los 2 meses previos y por el numero de RN ingresadoscon patología malformativa etc.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se presentó en sesión clínica el diseño de la consulta y se informó al soluciones aportadas resto de profesionales médicos que en algún momento pueden ser colaboradores en el diagnostico y fase de tratamiento.
Se ha diseñado una historia clinica prenatal en la que ademas de los antedentes familiares y obstetricos de interes, existe un apartado donde se hace incapie y se explica a los padres la patologia fetal, y sus implicaciones postnatales (hospitalizacion, tecnicas diagnosticas y de tratamiento , tiempo esperado de ingreso. recomendaciones de la lactancia materna etc.).
Los profesionales de Perinatologia y Medicina fetal informaron a través de notas interiores a los Jefes de Servicio de Pediatría, Obstetricia y Gerente del Hospital.
Gestantes remitidas a la consulta Prenatal 1.Gestantes con feto diagnosticado de patología malformativa, antes de la 20-22 semanas posterior 2.Gestantes patología previa ; Diabéticas tipo I. hipertensas.
Enfermedad renal crónica. Cardiopatías. lupus y otras colagenosis.Transplantadas.enfermedad inmunitaria 3.Gestantes con alto riesgo de infección .Hepatitis B y/o C positiva.HIV positiva.

Resultados obtenidos.

La consulta se ha puesto en marcha. los recien nacido con alguna malformacion son conocidos por el equipo de neonatologia, se planifica el lugar y el momento nacimiento.

Lecciones aprendidas.

Fase de valoracion de los resultados a corto y largo plazo.
Escuentas de satisfaccion para las Madres/padres.Valorar resultados en cuanto a mortalidad y morbilidad de los niños atendidos prenatalmente.

C-1115

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS EN ANDALUCÍA

TEROL FERNÁNDEZ, E; MARTÍN SANTOS, FJ; GARCÍA AGUILAR,R; MUÑOZ RONDA,F Y PADILLA MARIN,C.
DIRECCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA

Palabras Clave: investigación, cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.

Dentro de las líneas de desarrollo de la Dirección de la estrategia de cuidados de Andalucía de la Consejería de Salud. Se ha establecido un abordaje cooperativo y colaborativo constituyendo diferentes grupos para el desarrollo de la investigación en cuidados en Andalucía contando con instituciones y profesionales del sistema.

Descripción del problema/necesidades.

Es creciente la incorporación de la investigación en los ámbitos de los cuidados fortaleciendo el conocimiento enfermero, permitiendo poner a disposición de los profesionales clínicos numerosos evidencias a implementar en la práctica asistencial diaria.
En este nuevo panorama era necesario asumir como organización sanitaria un liderazgo dirigido a desarrollar estrategias que apoyen y den soporte a la acción investigadora en cuidados y que estos resultados tengan una aplicabilidad en la mejora de la salud de los ciudadanos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se ha estructurado en tres fases: Análisis de la situación, identificación de directrices de investigación traslacional, implantación Se aborda la primera fase del proyecto durante el 1º semestre del año 2009, a través de grupos multidisciplinares, con una selección de participantes que abarcaban todas las áreas de aplicabilidad de la investigación en cuidados (AP, AH, Sociedades científicas, Universidad…)

Resultados obtenidos.

En esta primera fase se han identificado, partiendo del análisis de situación, líneas de desarrollo para la investigación, mediante técnica delphi y otras técnicas de consenso de expertos. Se han identificado un total de19 líneas de desarrollo y áreas de mejora agrupadas en dos líneas centrales: •Una primera línea centrada en la promoción, apoyo y refuerzo de la investigación orientada a la búsqueda de la excelencia en cuidados. •Una segunda línea orientada en la difusión y apoyo a la implementación de los resultados de investigación.
Las áreas de mejora se agrupan en torno a: acceso a recursos, formación, información, acceso a resultados de investigación

Lecciones aprendidas.

Se necesita una plan estratégico para el abordaje de la investigación en cuidados para garantizar la transferencia en resultados en salud que debe de ser el objetivo de toda organización sanitaria velar por el bien de su ciudadano.

C-1116

LOS CUIDADOS EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS: UNA RESPUESTA A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES DE LOS PACIENTES

TEROL FERNÁNDEZ, E; VAZQUEZ, A; RAMÍREZ VERGER, M; SUAREZ RAMOS, A Y PADILLA MARIN,
C. DIRECCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA

Palabras Clave: procesos asistenciales, cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.

La Dirección General de Calidad ha impulsado el desarrollo de estrategias que garanticen la incorporación de diferentes dimensiones, como la seguridad, el uso racional del medicamento, la atención centrada en la persona, etc. De una forma clara e inequívoca en el diseño de los procesos asistenciales integrales desarrollados en nuestro sistema sanitario. Entre estas dimensiones se encuentra el cuidado enfermero que ha de dar respuestas a las necesidades individuales de los pacientes en el marco de la gestión por procesos.

Descripción del problema/necesidades.

El garantizar la planificación y prestación de cuidados específicos e individuales para cada persona incluida en un proceso asistencial, mediante la definición de intervenciones dirigidas a la capacitación en el conocimiento de su proceso de salud, educándoles para un manejo efectivo de su proceso de enfermedad y garantizando un escenario seguro. Es el problema al que se pretende dar solución.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se desarrolla en tres fases: 1.-Identificación de los elementos de cuidados a incorporar a los PAI, mediante sesiones de grupos de expertos. Y difusión de la estrategia
2.-Identificación de profesionales con amplias competencias en las áreas asistenciales en las que se desarrollan los PAI.
3.-Seguimiento, por grupo de expertos, como apoyo a la incorporación de la dimensión del cuidado en los PAI concretos que se diseñen.

Resultados obtenidos.

Hasta el momento se ha desarrollado la primera fase del proyecto, y están en desarrollo las fases dos y tres. En la fase 1 se han identificado los elementos que han de garantizar la incorporación de los cuidados a los procesos asistenciales, los más relevantes son: Definir las necesidades de cuidados, desde los resultados a conseguir por el paciente en cada etapa del PAI. Se han de incorporar herramientas que permita la individualización del plan de cuidados para dar respuesta a las necesidades individuales de cada paciente.
En la fase 2, se están rediseñando 5 procesos asistenciales. En Fase 3, se ha constituido un grupo profesionales enfermeros expertos, como apoyo a los grupos de rediseño de PAI

Lecciones aprendidas.

Es necesario la planificación y el desarrollo e estrategias que garanticen la adaptación del proceso normalizado que suponen los PAIs, a las necesidades individuales de cada paciente

C-1117

VALORES DE CALIDAD A TRAVÉS DE LOS MEDIOS: OBJETIVO DEL GABINETE DE PRENSA DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA PÚBLICA

RUIZ GUERRERO, O. Y DEL RÍO URENDA, S..
HOSPITAL CLÍNICO VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Calidad, Comunicación, Valores, Mejora Continua, Difusion

RESUMEN

Contexto de partida.

En 2000 se creó en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga el Departamento de Comunicación, con el objetivo de establecer y mantener un canal oficial y continuo de información tanto hacia los públicos internos (profesionales del hospital) como hacia el ciudadano (públicos externos).

Descripción del problema/necesidades.

Dar a conocer los criterios relacionados con la misión, visión y los valores que identifican a este centro sanitario, así como transmitir interna y externamente todos los indicadores de calidad, mejora continua y sostenibilidad que identifican al sistema sanitario público.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñó una linea estrategica de actuación para difundir todas las noticias positivas generadas por el Hospital, utilizando los canales, los recursos internos, así como los medios de comunicación externos para la transmisión de los valores de calidad implícitos en cada una de los temas difundidos por el Departamento de Comunicación. El trabajo se llevó a cabo en un plazo de entre tres y cinco años, contando con la colaboración y la implicación de profesionales sanitarios, ciudadanos, asociaciones de usuarios, ONGs y medios de comunicación social.

Resultados obtenidos.

Establecer y mantener un nivel de noticias positivas que ayuden a mejorar la imagen del Hospital interna y externamente. El Departamento de Comuniación ha generado más de 3000 nociticias en este periodo en prensa escrita y medios audiovisuales a nivel local, autonómico, nacional e internacional .Se han elaborado más de 500 notas de prensa publicadas en la web institucional y la intranet del Hospital. Se han organizado más de 300 entrevistas en medios audiovisuales; y se han celebrado más de 70 ruedas de prensa.

Lecciones aprendidas.

La creación de un Departamento de Comunicación dentro de la Institución Sanitaria Pública es necesaria para establecer y mantener una línea eficaz y efectiva de transmisión de los valores relacionados con la calidad, la mejora continua y la sostenibilidad, utilizando para ello los recursos a nuestro alcance.

C-1118

LA GESTIÓN LEAN COMO CULTURA EN EL SISTEMA SANITARIO EUROPEO

RUIZ, U*.; Murphy, E.; Reyes, V. y Simon, J..
I.U de Evaluación Sanitaria (UCM);
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

Esta comunicacion describe los resultados de un cuestionario como primera acción del proyecto European Framework for Lean Training in Healthcare Organisations (EFLTHO) del Programa Europeo LEONARDO da VINCI, con vistas a la creación de un Master dirigido a la transferencia de conocimientos sobre Gestión LEAN en el sistema sanitario a nivel Europeo. Incluye seis universidades europeas (Dinamarca, España, Grecia, Irlanda, Suecia y RU) y centros de asistencia sanitaria en esos países.

Descripción del problema/necesidades.

El Proyecto busca establecer la técnica de gestión del cambio LEAN como la herramienta central para conseguir la evolución de la cultura de atención sanitaria en Europa con una docencia ofrecida primariamente a través de internet apoyado en tecnología móvil, ofreciendo un Titulo Europeo reconocido.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseña y aplica un cuestionario estándar, incluyendo preguntas cerradas y abiertas, para conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre diversos aspectos relacionados con la gestión de la calidad, y la formación del personal, en 7 hospitales localizados en España, Grecia, Reino Unido e Irlanda, De las 121 contestaciones recogidas de distintos niveles y funciones, 81 corresponden a los cuatro instituciones ubicadas en España (Fundación Hospital Alcorcon, Fundación Jiménez Díaz, Hospital Virgen del Rocío, OSATEK S.A.).

Resultados obtenidos.

Como resultados más sobresalientes en cuanto a factores más importantes en la consecución de una atención sanitaria excelente y segura para los pacientes tenemos: el compromiso del personal (73,5%), la mejora en la rapidez diagnóstica (65,5%) y el incremento del tiempo dedicado a la atención directa de los pacientes.; más del 40% de los entrevistados consideran que el personal de su centro tiene grandes deficiencias en habilidades para la gestión de proyectos, para la interrelación personal, o para el desarrollo de unas prácticas de trabajo basada en valores; más del 97% de los entrevistados opinan que las personas más adecuadas para liderar el cambio en el hospital, deberían tener capacidades para la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y el trabajo en grupo.

Lecciones aprendidas.

Las barreras que a juicio del personal son las más importantes para que su institución pueda adoptar los principios y métodos de la mejora de la calidad son: los relacionados con el compromiso y motivación del personal, la cultura actual y la resistencia al cambio, así como la existencia de una gran carga de trabajo que no permite emplear el tiempo necesario para implicarse en proyectos de mejora.

C-1119

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PSICÓTICOS: EVALUACIÓN DEL AJUSTE FARMACOLÓGICO DESDE UNA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINAR.

TORIBIO PRIETO, M.; UBACH MILLANES, F.; VARGAS GONZÁLEZ, J.; POU MATARRANZ, C.; GUIJARRO LÓPEZ, S. Y OTIN GRASA, J.M..
PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU

Palabras Clave: Psiquiatria, Efectos Secundarios, Calidad de Vida.

RESUMEN

Contexto de partida.

La unidad de Subagudos del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu es un servicio de hospitalización completa para personas adultas con trastorno mental grave con necesidades de atención clínica y de rehabilitación, en un contexto de actividades programadas intensivas que implican una estancia entre 2 y 4 meses para conseguir su reinserción en la comunidad en condiciones de estabilidad.

Descripción del problema/necesidades.

Dos tercios de los ingresos en la unidad son debidos a descompensación psicopatológica producida por abandono del tratamiento farmacológico o irregularidades en la toma, bien por falta de conciencia de enfermedad, por efectos secundarios que interfieren en la funcionalidad o bien por ambos. Ante esta evidencia y con el objetivo de una mejora de la calidad de vida y satisfacción de nuestros usuarios, se plantea la elaboración de un proceso de evaluación sistemático e integral dirigido a pacientes con diagnóstico de psicosis, interdisciplinariamente y que abarque todas las áreas de la persona.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proceso se inicia con una evaluación por el psiquiatra, terapeuta ocupacional y DUE, de la sintomatología propia de la enfermedad, un registro de efectos secundarios del tratamiento farmacológico y si interfirieren en su vida cotidiana. Para el inicio del estudio tomamos una muestra de los primeros 19 ingresos con diagnóstico de psicosis, entre abril y octubre de 2008 y que tienen como referente a este equipo de profesionales anteriormente citado. Instrumentos de evaluación utilizados: Entrevista clínica, Escala de síndromes positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS), Escala de Movimientos Anormales Involuntarios (AIMS), Escala Simpson, Registro descriptivo de otros efectos secundarios y Escala observacional de Terapia Ocupacional (COTE).

Resultados obtenidos.

La medición de efectos secundarios permitió optimizar el ajuste farmacológico para minimizarlos, facilitando una mayor funcionalidad. Aunque los instrumentos seleccionados no abarcan todos los aspectos susceptibles de evaluar.

Lecciones aprendidas.

Nos planteamos sustituir las escalas utilizadas por la Escala de Evaluación de Efectos Secundarios (UKU), que ampliaria la recogida de efectos secundarios. No podemos plantearnos un abordage rehabilitador sin contemplar los efectos secundarios de los fármacos que prescribimos, y sin tener en cuenta la repercusión en la calidad de vida del usuario y sus necesidades. Para ello es imprescindible la monitorización sistemática de los efectos secundarios en todos los contextos de la persona.

ÁREA TEMÁTICA

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

E-45

WALKROUNDS Y BRIEFINGS EN LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES

MENENDEZ MD*; ÁLVAREZ G; AMORES M; DE LA TORRE A; VALLINA C Y VÁZQUEZ F.
HOSPITAL MONTE NARANCO

Palabras Clave: WalkRounds, Briefings, Seguridad de pacientes

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Monte Naranco, hospital con 200 camas y principalmente pacientes geriátricos. Grupos implicados: profesionales sanitarios y pacientes.

Descripción del problema/necesidades.
Objetivos: Crear y aumentar la cultura de seguridad, formación del personal en seguridad de pacientes (SP), incrementar la notificación de sucesos adversos (SA), e implementar mejoras relacionadas a la SP para mitigar su impacto. Herramientas de análisis: a) encuestas de percepción de seguridad de la Universidad de Tejas y AHRQ; b) cuestionario de los WalkRounds (Gestión itinerante) y Briefings (Reuniones informativas); c) taxonomía de la OMS, clasificación de factores contribuyentes (Charles Vincent), y categorización de la severidad (códigos de colores y el NCC MERP); d) priorización de problemas (esquema del NHS) y evaluación por los líderes.

Desarrollo y soluciones aportadas.
¿Cómo?: Cuestionarios de SP, evaluaciones de los líderes. ¿Qué personas?: Médicos, DUEs, Auxiliares de enfermería, sanitarios, S. Farmacia y SAU. ¿Método de actuación?: Entrevistas cara a cara con el personal (3-5 personas) durante ½ hora, y cambios de turno. Cronograma: años 2006- 2009.

Resultados obtenidos.
Encuestas realizadas: 117/317 y 132/390 (36,9% y 33,8% del personal respectivamente). Formación mediante WalkRounds: 51 personas. Número de WalkRounds: con el Personal (302), con Farmacia (206), y con SAU (96). Briefings: 219. Notificaciones de SA: Errores de medicación (61%), equipos (11%), otros (28%). Personal notificador: Supervisoras/ DUEs (35%) y Farmacia (40%) principalmente. Factores contribuyentes: Ambiente de trabajo (35%), equipo de trabajo (25%), otros (40%). Indicadores: a) De Proceso. Respuesta a las encuestas y barreras percibidas (falta de tiempo, interrupción del trabajo,

E-47

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: VALORES CRÍTICOS DE LABORATORIO.

ANDREU MONLEÓN, C.; MARTÍNEZ CLARET, D.; FERNÁNDEZ DELCLOS, MD.; PINEDA VILLALBA, A.; CARRASCO GÓMEZ, G. Y COT GUILLÉN, R..
SCIAS Hospital de Barcelona

Palabras Clave: Valores críticos de laboratorio, Seguridad clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital de agudos con una actividad en 2008 de 28.056 pacientes atendidos (5411, Hospital de Día; 7258, cirugía ambulatoria; 8.609, ingresos programados y 6778, ingresos urgentes) y 46.319 visitas en urgencias. Durante este año se han realizado un total de 317.937 determinaciones analíticas.
Descripción del problema/necesidades.
Los resultados de laboratorio están disponibles en poco tiempo pero los problema/ responsables médicos no siempre están pendientes de su lectura. necesidades Es imprescindible la detección inmediata de un valor crítico de
laboratorio, evitando que pase inadvertido y garantizando la actuación y seguimiento de los pacientes las 24 horas del día.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se define valor crítico como aquel resultado de cualquier prueba de laboratorio que hace necesario una intervención médica inmediata. Estos valores han sido consensuados con los especialistas de los servicios de urgencias, medicina interna y medicina intensiva. Son magnitudes de sodio, potasio, calcio, glucosa, digoxina, creatinkinasa y pH en Bioquímica; hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo de tromboplastina parcial e INR en Hematologia. Se establece un circuito de actuación ante un resultado de uno de dichos valores críticos: Detección informática del valor crítico en el laboratorio. Confirmación, repetición y validación técnica del resultado. Aviso telefónico a la enfermera a cargo del paciente e impresión de aviso en la unidad de hospitalización. Notificación al médico responsable e información en el curso informatizado de enfermería. Actuación clínica, registro en el curso clínico y consulta a otro profesional si es preciso. Seguimiento informático de los valores pendientes de normalizar por parte del facultativo de laboratorio. Registro informático del seguimiento del caso.
Resultados obtenidos.
Se han recogido durante seis meses 1.879 resultados con valores críticos de un total de 168.520 determinaciones (1,11%). De estas 968 han sido de Bioquímica y 911 de Hematología. Tasa valor crítico por día 10,26. Los parámetros con mayor número de resultados con valores críticos han sido potasio (17,9%) y tiempo de protombina (13,2%)
Lecciones aprendidas.
La instauración del circuito ha permitido mejorar la detección y el seguimiento de los pacientes con valores críticos de laboratorio. Ha permitido que no pasen inadvertidos estos valores. La implicación de todos los profesionales (técnicos de laboratorio, enfermeras, médicos y facultativos de laboratorio) es indispensable para el buen funcionamiento del circuito y mejorar la seguridad en la atención al paciente.

E-48

LÍNEA ESTRATÉGICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN URGENTE-EMERGENTE EXTRAHOSPITALARIA DE ANDALUCIA

DE CRISTINO ESPINAR, M; LEBREROS FERREIRO, RAFAEL Y FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE. Distrito Córdoba

Palabras Clave: Seguridad, Extrahospitalarias, Urgencias, Emergencias, Andalucía

RESUMEN

Contexto de partida.
En Marzo 2009 la Consejeria de Salud constituye el Cómite Operativo de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía.Una de las Líneas Estrategicas que lo integran es “Análisis y Evaluación de los Puntos Críticos de Riesgo en la Atención Urgente-Emergente en el Ámbito Extrahospitalario”. Está dirigida por una Coordinadora que ha formado un Grupo de Trabajo integrado por profesionales que trabajan en los recursos asistenciales que integran la Atención a las Urgencias Extrahospitalarias:EPES, Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) y Atención Primaria (AP)
Descripción del problema/necesidades.
Dentro de la atención a las urgencias extrahospitalarias trabajara la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente relacionada con el primer contacto o solicitud telefónica de atención del ciudadano/a (atendidas por el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias, CCU) y las situaciónes de urgencias y emergencias que se producen en el ambito extrahospitalario que son atendidas por los equipos del 061 y Unidades Móviles(UM) del DCCU
Desarrollo y soluciones aportadas.
La primera línea prioritaria es doble de una parte los riesgos de la interfase ciudadano/sala-sala/profesional del equipo y de otro los riesgos derivados de los protocolos de actuación interna de las salas de.Para la primera fase el grupo analizara el proceso de transferencia,realizara el AMFE y propondrá medidas.La segunda es trabajo interno de EPES que ya ha iniciado En la Atención a las situaciones de urgencias-emergencias que se producen en el ambito extrahospitalario y son atendidas por los equipos del 061 y UM del DCCU:helicópteros,UM, Ambulancias Red T.Urgente, Urbitas, ECA..procederemos de igual forma.Si hay necesidad de separar el Grupo por operatividad los Grupos resultantes estarán formados por profesionales de 061-DCCU-AP ya que es enriquecedor para el desarrollo y producto final
Resultados obtenidos.
La metodología de trabajo utilizada por el grupo será:Revisión y clasificación de las recomendaciones y bibliografía en seguridad del paciente y atención urgente,Planes funcionales de los DCCU-Equipos del 061,Documentos oficiales que regulan la Atención a las Urgencias en el SSPA y revisión del proceso de atención a las Urgencias-Emergencias extrahospitalarias en el SSPA.La herramienta de trabajo fundamental dentro del grupo será el Correo-e,el trabajo de coordinación de la Coordinadora,el Apoyo técnico de esta Línea y encuentros programados del Grupo
Lecciones aprendidas. Incorporar la visión de profesionales asistenciales a la cultura de seguridad mejorará la calidad de los servicios urgentes-emergentes

E-49

HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES COMO MEJORA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI.

*MAIRENA VALDENEBRO,M.J.; ARENAS BONILLA;M.I.; GONZÁLEZ CRUZ,I.M.; GARCÍA FERNÁNDEZ,S.; ENRIQUEZ DE LUNA,M. Y KUTZ ZALDUMBIDE,M.. E:P.
HOSPITAL COSTA DEL SOL

Palabras Clave: : Seguridad Paciente, Evento Adverso,UCI, Safety Briefing, UCI Neonatal.

RESUMEN

Contexto de partida.

En UCI del Hospital Costa del Sol de Marbella, se realizan reuniones diarias al inicio de cada turno, conjuntamente enfermería y médicos de la UCI.

Descripción del problema/necesidades.

Porque la Seguridad de los pacientes se reconoce como un problema problema/ grave en muchas unidades de cuidados intensivos, hay una necesidad necesidadesurgente para el desarrollo y aplicación de estrategias para la prevención y detección tempraNA de errores. Una de las principales causas de eventos centinelas en UCI, relacionados éstos fundamentalmente con el uso de medicamentos, manejo de las vías respiratorias y fallos del equipamiento, se debe a falta de comunicación entre profesionales. Estudios previos en el ámbito de Unidades de Cuidados Intensivos neonatales han puesto en evidencia que la mejora de la comunicación entre profesionales bajo el prisma de la seguridad clínica no sólo disminuye la producción de eventos sino que incrementa la notificación de errores favoreciendo un clima de comunicación entre los mismos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Durante el último trimestre de 2008 se procedió a estructurar un soluciones aportadas check list sobre posibles riesgos asociados factores predisponentes de pacientes.

Se desarrollo un software para la captura, almacenaje y explotación de datos sobre errores y riesgos que se vuelcan en PDA.

Se facilitaron sesiones formativas a médicos y enfermeras sobre el briefing de seguridad asi como documentación sobre aplicación informática PDA.

En febrero de 2009 se iniciaron estos briefing, en cada inicio de turno, todos los días de la semana, donde los profesionales identifican y ponen en común riesgos potenciales para los pacientes o eventos acaecidos en la practica diaria. Esta información es volcada a la aplicación por un miembro del equipo asistencial.

Resultados obtenidos.

- Cumplimentación en un 100% del briefing de seguridad.
- Aumento de notificación de incidentes y eventos adversos.
- Aumento de comunicación efectiva entre profesionales (médico- enfermera).
- Conocimiento exhaustivo de las características de todos los pacientes de la unidad.

Lecciones aprendidas.

El Brifieng de seguridad es una herramienta simple, que no consume tiempo asistencial y que facilita la comunicación entre profesionales, incrementando la notificación y la cultura de seguridad.

En nuestra Unidad ya sí “SE HABLA DE SEGURIDAD”

E-52

MEJORAR LA HIGIENE DE MANOS: IMPACTO DE UNA CAMPAÑA CON LA ESTRATEGIA DE LA OMS EN SEIS HOSPITALES DE CATALUNYA.

VAQUÉ, M; URREA,M; TORRONTEGI,M; RIU,M; FREIXAS,N Y SABATÉ,S. SCIAS.
HOSPITAL DE BARCELONA

Palabras Clave: Higiene Manos, Infecciones Nosocomiales, Seguridad Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.

Una campaña multimodal, llevada a cabo en seis hospitales de Catalunya siguiendo la estrategia de la OMS, dirigida a los profesionales sanitarios.

Descripción del problema/necesidades.

Mejorar el cumplimiento de la higiene de manos de los profesionales es uno de los retos para la prevención de la infección nosocomial y una de las líneas prioritarias en el marco para la seguridad de los pacientes. El objetivo de la intervención fue mejorar el cumplimiento en los servicios de medicina, cirugía y medicina intensiva.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Consistió en la instalación de dispensadores con preparados alcohólicos, difusión de material divulgativo y formación del personal .Se realizaron encuestas de percepción a profesionales y directivos. Se evaluó el cumplimiento antes y después de la campaña a través de observaciones directas. El grupo de observadores fue formado siguiendo el manual de la OMS. Se calculó la tasa de cumplimiento según tipo de servicio, grupo profesional, tipo de indicación y tipo de acción. Se realizo feedback de los resultados a los profesionales.

Resultados obtenidos.

Se formaron a unos 4000 profesionales.Se realizaron un total de 6.554 observaciones basales y 6.539 post campaña. El cumplimiento global aumentó pasando de un 31,4% en el periodo basal a un 43,4% .Se mejoro en todos los servicios: UCI (39,4% al 51,2%), cirugía (22,6% al 41,1%) y medicina (31,4% al 38%).También hubo mejora en los grupos profesionales: enfermeras (35,4% al 47,9%), médicos (27,2% al 36,8%) y auxiliares (27,6 % al 40,9%). En cuanto a las indicaciones: antes y después del contacto con el paciente (16,3% al 26,8% y 49,5% al 63,7% respectivamente), antes de realizar técnicas asépticas (13,2% al 21.7%), después del contacto con fluidos biológicos (32,2% al 52,1%) y después del contacto con el entorno (26,8% al 40,2%), también mejoraron significativamente. En cuanto al tipo de acción: lavado con agua y jabón /desinfección, fue esta ultima la que obtuvo mejora significativa en el periodo post-campaña (13,8% al 26,1%).La percepción de los profesionales sobre su propio cumplimiento obtenido a través de un total de 4700 encuestas supera el 80%, duplicando la tasa obtenida en la observación.

Lecciones aprendidas.

La campaña mejoró el cumplimiento de la higiene de manos en 11 de los 17 servicios observados y permitió la instalación permanente de dispensadores de preparados alcohólicos en el entorno inmediato del paciente. Los resultados de las encuestas de percepción demuestran que la autoevaluación de los profesionales sobre el cumplimiento no es un indicador valido y que es necesaria la observación directa.

E-53

EVALUACIÓN DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

ANTONIO VELÁZQUEZ SALAS Y ALICIA COMINERO BELDA.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Palabras Clave: Evaluación, formación continuada

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó entre todas las categorías profesionales del D.S. Sevilla Sur

Descripción del problema/necesidades.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria constituyen un grave problema de Seguridad del paciente siendo la higiene de manos(HM) la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes. El estudio APEAS concluye que el 8,4% de los eventos adversos están relacionados con la infección asociada a la asistencia sanitaria La Consejería de Salud mediante el documento " La Estrategia para la Seguridad del paciente en Andalucía" fomenta el lavado de manos y uso correcto de guantes dotando a los Centros de infraestructura y recursos necesarios. Dentro de las recomendaciones para la Implementación de la Práctica Segura de HM se contempla la Formación y motivación de los profesionales mediante metodología basada en exposiciones con material gráfico, demostraciones con vídeos, entrenamiento mediante prácticas y discusión mediante trabajos de grupo La Formación Continuada es una herramienta fundamental para garantizar cualquier proceso de mejora y cambio, por tanto hay que seleccionar la metodología didáctica más eficaz para conseguir los objetivos y su evaluación es una fase más del proceso de planificación global

Desarrollo y soluciones aportadas.

Difusión del plan entre los profesionales mediante una estrategia formativa en cascada:Formación de formadores y posterior diseminación local. Tras ésta se realizó un estudio antes-después mediante la realización de una formación interactiva adecuándonos a la metodología recomendada por la DGAS. La evaluación se realizó mediante test proporcionado por la DGAS de 11 preguntas con respuesta múltiple valorándose adquisición de conocimientos, actitudes y barreras de implantación

Resultados obtenidos.

Extraemos los resultados de las categorías con mas prevalencia en A.P:médicos y enfermeras. En solo una de las tres preguntas del test que valora la transferencia de conocimientos se observa la mejora de éstos(enfermeras) OR = 0,47 IC 95% (0,24- 0,89). De las tres preguntas que valoran conocimientos y actitud en solo una de ellas se observa diferencia significativa positiva(enfermeras)OR = 0,3 IC95% (0,1 – 0,9).Para ambas categorías profesionales las principales barreras para la implantación son la falta de concienciación de los profesionales(28% médicos,38,1% enfermeras)

Lecciones aprendidas.

Elegir una metodología eficiente en cualquier proceso formativo es complejo.Observamos más motivación entre las enfermeras para impulsar el cambio que entre los médicos. Son necesarias otras herramientas para medir la actitud para poner en marcha los conocimientos adquiridos

E-54

¿SE AJUSTAN LOS PROTOCOLOS DE PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA A LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES?.

FONSECA-MIRANDA, YA*; ARELLANO-MORATA, C; CALLE-URRA, JE; SATURNO-HERNÁNDEZ, PJ; PARRA-HIDALGO, P Y GOMIS-CEBRIAN, R.
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE MURCIA

Palabras Clave: Preparación Piel, Prevención Infecciones, Evidencias

RESUMEN

Contexto de partida.

Se analizó el contenido de los protocolos de PREPARACIÓNPREQUIRÚRGICA de 16 hospitales de ámbito nacional participantes en el estudio "Construcción y Validación de Indicadores de Buenas Prácticas sobre Seguridad del Paciente" (Ministerio de Sanidad y Consumo-Universidad de Murcia) comparándolos con las recomendaciones de tres organismos internacionales.

Descripción del problema/necesidades.

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son una complicación seria, y común, de la cirugía. Estudios demuestran que triplican el riesgo de muerte del paciente y prolongan las estancias en el hospital. La prevención de las ISQ es una práctica aceptada casi universalmente, existen recomendaciones con evidencias publicadas por el CDC, NICE y el NQF, sin embargo el problema detectado es que no siempre se siguen esas pautas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para la cuantificación del problema los contenidos de los protocolos se agruparon en 4 categorías: 1. Recomendaciones para preparación de la piel y mucosas, 2. Cirugía Segura de OMS, 3. Comunicación y 4. Normas más comunes. Se valoró la presencia o no de las pautas recomendadas para la prevención de las ISQ y de seguridad del paciente en el preoperatorio y aquellas normas de actuación más frecuentes sin evidencia encontrada.

Resultados obtenidos.

En los resultados obtenidos, la retirada del vello es la indicación que menos se ajusta a las recomendaciones, dado que sólo en 2 de los 16 documentos consta que no se rasure de forma sistemática el vello. El uso de rasuradoras es generalizado y sólo en 1 de los 16 protocolos indica que si fuera necesaria la retirada de vello se haga con maquinilla eléctrica antes de la cirugía, estando ausente en todos ellos la recomendación de que el cabezal de la maquinilla sea de un solo uso. En cuanto a la limpieza y lavado de la zona a intervenir para remover la contaminación grosera de la piel antes de antiséptico, recomendación con grado IB, no se contempla en ninguno de ellos.

Lecciones aprendidas.

La infección del sitio quirúrgico es la primera infección nosocomial entre los pacientes de cirugía, esto justifica la necesidad de los profesionales de disponer protocolos actualizados con alta calidad formal y sustentada científicamente.

E-55

GRUPO DE INNOVACION PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DEU DE BARCELONA

GUILLERMO PUCHE * Y MERCEDES JABALERA.
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU

Palabras Clave: grupo multidisciplinar, seguridad, paciente

RESUMEN

Contexto de partida.

Experiencia de 3 años (2007-09) del grupo multidisciplinar creado en el hospital para la promoción y liderazgo de acciones orientadas a la seguridad del paciente

Descripción del problema/necesidades.

Muchas de las iniciativas en torno a la seguridad del paciente se estaban realizando con poca coordinación entre las diferentes áreas del hospital y con unos resultados que mostraban pocos cambios y un sensible margen de mejora. Se estableció el objetivo de crear cultura en este ámbito a través de la sensibilización, motivación, análisis de procesos, planes de acción de mejora y análisis de resultados

Desarrollo y soluciones aportadas.

En abril de 2007 se crea el grupo de trabajo multidisciplinar, formado por personal médico (2), de enfermería (3), farmacéutico (1), economista (1) y técnico de calidad (1) y de comunicación (1). Se establecieron tres líneas estratégicas de actuación: identificación de pacientes, higiene de manos y errores de medicacion. La metodología utilizada ha sido variada y ajustada a cada línea: .-canales de comunicación interna: intranet, boletines informativos, folletos, edición de carteles y pósters, pins, protectores de pantalla .-realización de sesiones informativas y talleres para profesionales .-participación como centro colaborador en campañas internacionales (OMS) .-tutorizacion de grupos de trabajo para el análisis y rediseño de procesos

Resultados obtenidos.

El 97% de los profesionales valoran como adecuada o muy adecuada la campaña de sensibilización. Resultados de las campañas realizadas: -Identificación de pacientes: del 57.31% en 2006 al 89.7 en may/09. Se han adecuado los materiales utilizados y establecido sistemas alternativos de identificación -Higiene de manos:del 20.5 % en 2007 al 50.1% en may/08. Se ha mejorado en la técnica de lavado. -Errores de medicación: nuevos canales de declaración de incidentes:on line, línea telefónica confidencial. Se ha rediseñado el proceso de tratamiento farmacológico en el Área de la Mujer y en la Hospitalización Pediátrica

Lecciones aprendidas.

El grupo de trabajo ha facilitado la alineación de toda la organización en las tres líneas de seguridad desarrolladas. La inclusión en los grupos de trabajo de otros profesionales no asistenciales (comunicación, economistas...) ha aportado creatividad y eficacia al trabajo realizado, permitiendo optimizar los esfuerzos y mejorar los resultados. Las líneas de seguridad tratadas han mejorado sustancialmente el conocimiento interno sobre estos temas y por consiguiente, se ha iniciado un camino a la mejora

E-56

4 AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE UNA LÍNEA DE SEGURIDAD CLÍNICA (SC) EN EL PROGRAMA DE CALIDAD DE UN GRUPO SANITARIO

BUENO DOMÍNGUEZ, MªJOSÉ; PRATS ALONSO,EDUARD; COLOMÉS FIGUERA, LLUIS y NUALARTBERBEL, LLUÍS.
GRUP SAGESSA

Palabras Clave: Línea estratégica, objetivos, comisiones, notificación

RESUMEN

Contexto de partida.

Grupo Sanitario que gestiona centros salud(24),social(21),educación(11)(2505 profesionales).2005 inicia línea estratégica SC como parte del Programa de Calidad

Descripción del problema/necesidades.

Pacientes complejos,desarrollo tecnológico,inquietud profesional y experiencia acreditación JCI(5 centros):programa SC(centros agudos,sociosanitarios,atención primaria(AP),residencias,centro s día y educativos)

Desarrollo y soluciones aportadas.

Comisión Asesora SC Grupo:miembros todos ámbitos, Gerente soluciones aportadas Planificación, Dirección Bioética y Calidad.Comisión SC centro.
Implementación/monitorización objetivos anuales: 2005:box críticos/carro de paros,control/custodia mórficos,temperatura neveras fármacos/alimentos,otros 7.2006:prescripción/administración fármacos,identificación pacientes,medición dolor,calibración aparatos, otros 5.2007:Esterilización,lavado manos/solución hidroalcohólica,política envases multidosis,analgesia postquirúrgica,prescripción/administración,5 propios.2008:Identificación paciente correcto/técnica correcta, protocolo Universal Cirugía,otro propio y evaluación anteriores.2009:2 auditorias objetivos,medicación de riesgo,seguir Cirugía Segura,adhesión proyectos SC Ministerio Auditorias periódicas(última dic08)/próxima junio09 AMFE(prescripción/administración fármacos,intubación/ventilación) RCA(asfixia,caída,error administración) Creación espacio Web:difusión SC/facilitar notificación voluntaria Publicación alertas SC Web/e-mail (Administración fármacos/transfusión) Realización 4 Jornadas de SC Creación USVE (unidad soporte víctima del error):médico,enfermera,psicólogo,abogado para apoyar segunda víctima

Resultados obtenidos.

5 centros agudos(100%):carro de paros(5/5 variabilidad),mórficos(4/5),temperatura nevera(5/5),solución hidroalcohòlica(5/5),evaluación dolor/turno(variable centro/servicio/turno),identificación(pulsera/fotografía)(5/5),envases multidosis(1/5variabilidad) Mejora adherencia lavado manos centros agudos.Centro1:48,70%(nov08) 60,58%(marz09)Centro2:48,7%(jun07)-54,30%(nov07) 62,70%(nov08) Evaluación AP/residencial Notificaciones anónimas(2005 mayo09):236(46%fármacos,22%procedimientos,19%identificación pacientes,7%medios,otros)comentadas comisiones-mejoras

Lecciones aprendidas.

Cultura SC sistémica no punitiva, actuar preventivamente con objetivos anuales y reactivamente declarando incidentes/acontecimientos adversos.Adherencia profesional participando en comisiones e implantando objetivos.Transparencia y aceptación del error.Soporte/lideraje Dirección y creación USVE. Seguiremos monitorizando implantación, variabilidad e implementando objetivos más asistenciales (ej.Bacteriemia cero-UCI)

E-57

LOS FACTORES SOCIOLABORALES DE ENFERMERÍA ¿CONDICIONAN UNA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

OLIVEIRA, ACS; FONSECA, YA; SATURNO, PJ Y MEDINA-MIRAPEIX, F.
UNIVERSIDAD DE MURCIA

Palabras Clave: Cultura de Seguridad, enfermería, debilidades, hospitalización

RESUMEN

Contexto de partida.

Participan del estudio hospitales públicos del SNS español, con una muestra aleatoria de 26 hospitales estratificados por tamaño de hospital. Los sujetos fueron los profesionales de enfermería con vínculo contractual (fijo/interino) que aceptaran participar del estudio. El instrumento utilizado fue la versión española adaptada del "Hospital Survey on Patient Safety Culture" sobre aspectos del clima de seguridad. Se incluyeron además variables sociolaborales de los profesionales: años en la profesión, en el centro, en la unidad y horas trabajadas/ semAna

Descripción del problema/necesidades.

La cultura de seguridad del paciente es un elemento fundamental para gestión de riesgos. El estudio tiene como objetivo analizar los factores sociolaborales asociados con áreas de debilidades en la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de enfermería. El análisis se realizó a partir de la prueba de chi-cuadrado.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El estudio fue realizado en dos fases: 1. Aplicación del instrumento a los profesionales de enfermería. 2. Análisis de la cultura de seguridad del paciente según profesionales de enfermería. El cuestionario se entregó de manera personal junto con una carta en la que se explican los objetivos y se invita a los profesionales a colaborar en el estudio.

Resultados obtenidos.

La tasa de respuesta media fue un 38,4%. Todos los aspectos sociolaborales se asociaron a alguna de las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, los años en la profesión fue el factor que se asoció al mayor número de dimensiones: trabajo entre unidades, expectativas y acciones, aprendizaje organizacional, trabajo en la unidad, comunicación de errores y dotación de personal. El sentido de esta relación es creciente en las dimensiones expectativas y acciones y aprendizaje organizacional; decreciente en la dimensión trabajo entre unidades y ambivalente en la dimensión trabajo en la unidad. Los años en el centro se asoció con: trabajo entre unidades, problemas con cambios de turno y apoyo de la gerencia. Los años en la unidad se asoció a: trabajo entre unidades y trabajo en la unidad, mientras que las horas trabajadas/semAna solamente se asoció a la dotación de personal.

Lecciones aprendidas.

Todos los aspectos sociolaborales afectan a la percepción de los profesionales de enfermería cuanto a áreas de debilidades de la cultura de seguridad del paciente, especialmente los años en la profesión.

E-58

EL GRUPO DE TRABAJO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA SEMFYC. UNA RESPUESTA AL DESAFÍO.

PALACIO F Y GDT SEGUIRDAD DEL PACIENTE DE SEMFYC.
CENTRO DE SALUD ONDARRETA. COMARCA EKIALDE. OSAKIDETZA

Palabras Clave: Seguridad del paciente, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

La morbimortalidad asociada a la atención ha entrado de lleno en la agenda de las organizaciones sanitarias a nivel internacional Por la trascendencia y magnitud del problema en AP, y la evidencia de una gran proporción de casos evitables, SEMFyC creó un grupo de trabajo formado por socios y expertos invitados.Inició su trabajo el 29 de Mayo del 2007.

Descripción del problema/necesidades.

El sistema sanitario provoca en EEUU una mortalidad similar a los accidentes de tráfico o el cáncer de mama El APEAS mostró que en 1000 visitas de primaria se dan 11.18 incidentes con daño, un 7.3% graves y evitables 4 de cada 5.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El primer paso para mejorar la SP es desarrollar una cultura de seguridad. Para alcanzarlo en el colectivo de AP se crea un grupo con la misión de proporcionar información, formación y herramientas para mejorar la SP, dirigidas a ciudadanos, profesionales de AP y Administración Sanitaria Se trabaja mediante un plan estratégico, con revisión anual de objetivos.

Resultados obtenidos.

Difundimos nuestra actividad, y lo más destacado en SP, a través del www.sanoysalvo.es , uno de los mejores blogs sanitarios según eRAS. Tiene visitantes de todo el mundo, especialmente de España y América Latina, ya que es el único recurso de SP en AP en lengua española Hemos adaptado las recomendaciones sobre higiene de las manos de la OMS, diseñadas para el medio hospitalario, a nuestro ámbito. Nuestro trabajo es un referente para la AP Alianza con el Ministerio de Sanidad: ofrecimos a esta institución nuestras recomendaciones para la higiene de manos, que se distribuyeron a las CCAA. Estamos trabajando en la adaptación española del cuestionario propuesto por la AHRQ para evaluar cultura de seguridad en AP Organización de las Jornadas de SP en AP, un evento organizado por SECA, SEMFyC, MSPS y otros con carácter anual Estamos en el grupo de trabajo de AENOR para desarrollar una norma al respecto Editoriales en Atención Primaria, FMC y otros Participación en los congresos de SECA y SEMFyC. En el congreso europeo de SP de Birmingham 2009 hemos presentado 3 comunicaciones Difusión de consejos a los pacientes para su seguridad en la web de SEMFyC Presencia mantenida en medios de comunicación, etc.

Lecciones aprendidas.

La SP es un ámbito que, bien comunicado, es de gran interés para los profesionales sanitarios de AP Hemos trabajado con unos objetivos claros, mediante un grupo cohesionado de profesionales que nos ha permitido cumplir los objetivos El disponer de un plan estratégico nos permite evaluar lo hecho y planificar sin apartarnos de nuestras líneas estratégicas

E-60

IDENTIFICACIÓN DE RECIÉN NACIDOS ¿SON EFICACES NUESTROS MÉTODOS?

NURIA PUIG COMAS; ANA GAZO ORTIZ DE URBINA Y PABLO ÁLVAREZ.
HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Palabras Clave: Neonato, Método, identificación, dactiloscopia, polícia científica,

RESUMEN

Contexto de partida.

Realizado en Hospital San Jorge de Huesca, Unidad de Partos, en colaboración con la Comisaría Provincial de Huesca, Hospital de Barbastro (Huesca) y la sección de investigación científica de la Comandancia de la Guardia Civil de Huesca, así como con el Departamento Jurídico de la Diputación General de Aragón. Matronas, Auxiliares y residentes de la Undiad de Partos del Hospital San Jorge, Miembros de la policía cientifica y de la Comandancia de la Guardia Civil, Matronas del Hospital de Barbastro, Direcciones ambos hospitales, Letrada de la Diputación General de Aragón.

Descripción del problema/necesidades.

Cuestionamiento del actual método de identificación de recién nacidos usado en el Hospita. Se informó a la Dirección y se planteó un Proyecto de Mejora, se organizaron en colaboración con la policia científica talleres prácticos sobre toma de huellas digitales. Estudio multidisciplinar analizando aleatoriamente una muestra 459 juegos de huellas mediante dactiloscopia.
Ante la dificultad que entraña la toma de huellas en los recién nacidos se propone a la dirección, a la vista de los resultados, conocer otras alternativas y se contacta con otros hiospitales para conocer el estado de la cuestión.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, realizado entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de diciembre de 2008.
Entre una muestra de 5474 niños se analizaron 459 documentos de identificación neonatal (índice de la mano derecha de la madre e índice y medio del recién nacido) elegidos al azar, que suponen un 8,4% del total de la muestra.
Se implicaron en el proyecto la policia científica, el personal de la Unidad de Partos y la Direción del Hospital San Jorge.
El trabajo se prolongó desde abril de 2008 hasta septiembre de 2009.

Resultados obtenidos.

Constatación del la baja eficacia del método de identificación de los recien nacidos utilizado hasta el momento y planteamiento de cambio de método.
Las soluciones se postergan a la finalización del proyecto pafra intentar encontrar el método ideal.
El problema lo constituye el coste economico del a implantación de métodos más eficaces.

Lecciones aprendidas.

Que aunque un método lleve implantado mucho tiempo es importante validarlo.
Que es difícil, tanto la corecta identificación de los recién nacidos, como el emparejamiento con su madre.
que aunque se implante una identificación y emparejamiento altamente eficaz, es una garantía más, la cohabitación de madres y recién nacidos desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria.

E-61

NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS AL CIRCUITO DE TRANSFUSIÓN

FRANCISCA DE LINARES FERNÁNDEZ; SILVIA AGUILAR CARMONA; ANA MARÍA MORA BANDERAS; JUANA MARÍA SEPULVEDA SÁNCHEZ; ANGELES MEDINA PÉREZ Y PÉREZ TRUEBA ENRIQUE.
Hospital Costa del Sol

Palabras Clave: Seguridad Pacientes, Transfusiones, Tecnologias

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realiza en el Hospital Costa del Sol e implica al Banco de Sangre y Hospital de Día Médico (Oncología, Hematología, Digestivo). Los profesionales implicados son: médicos, enfermeros y TEL.

Descripción del problema/necesidades.

El centro dispone de un procedimiento de administración de problema/ hemoderivados. Se han evidenciado problemas relacionados con la necesidades seguridad transfusional como dos eventos centinelas por error de transfusión a pacientes. Estos casos fueron analizados mediante análisis causa raíz, que dio lugar a un rediseño del circuito, una mejora en la formación y el sistema de seguridad para este procedimiento.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se formó un grupo de trabajo con profesionales de las áreas implicadas. Se rediseñó el procedimiento, algoritmo de actuación, se identificaron los puntos débiles del proceso en los que se reforzaron las medidas de seguridad. Se incorporó el uso de una tecnología, existente el hospital, ya utilizada para otros procesos de alto riesgo (quimioterapia) basada en identificación por radiofrecuencia (RFID) y que permite asociar de forma segura al paciente con su medicamento. El sistema permite trazabilidad del proceso. Se adaptó a este nuevo proceso asegurando la identificación correcta del paciente, muestra, petición y producto a transfundir. A la llegada a planta el profesional identifica al paciente generando una pulsera identificativa única para el paciente a la vez que genera etiquetas para la petición y muestra a través de un sistema integrado con el Banco de sangre. Una vez la sangre es enviada al punto de transfusión, la enfermera comprueba a pie de cama la identidad del paciente- bolsa mediante un sistema lector portátil conectado a los sistemas de información mediante red WIFI. Si hay algún contradictorio el sistema le da un mensaje de aviso. Se difundió a los profesionales implicados con especial observancia en celadores, TEL y enfermeras.

Resultados obtenidos.

Desde entonces no se han observado nuevos casos de error transfusional que llegue al paciente. Se eliminan los errores de la fase pre analítica mejorando la cumplimentación de datos identificativos. Se dispone de un registro automatizado, en el sistema, de los mensajes de error, lo que permite su análisis. Los profesionales se perciben que el sistema es más seguro. La dependencia de la red WIFI limita en su funcionamiento.

Lecciones aprendidas.

Los errores son probables y pueden producirse, lo importante es aprender de ellos y evitar su recurrencia. Con el trabajo en equipo y la ayuda de nuevas tecnologías se pueden crear sistemas de trabajo más seguros que protejan a pacientes y profesionales.

E-62

HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA EL CONTROL DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

BERNAL LOSADA, O.; DIAZ GONZÁLEZ, J. Y GERIBES HERNANDIS, M..
SISTEMAS DE INFORMACIÓN. H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Soluciones, Herramientas, Tecnología, Desnutrición, Nutrición

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital Universitario Virgen de la Victoria ha puesto en práctica un protocolo para el control del riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. La desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados. En el análisis del protocolo intervienen:

- Sistemas de Información
- Servicio de Endocrinología y Nutrición
-Farmacia
- Enfermería
- Documentación Clínica

Descripción del problema/necesidades.

Desde el enfoque de Sistemas de Información el proyecto planea dos retos fundamentales:

- La integración de la información en tres entornos que no están conectados entre sí: Laboratorio, Hospitalización, Atención primaria
- Crear las soluciones informáticas que permitan establecer un proceso de trabajo interdisciplinar Las mejoras inmediatas para el paciente son:
- Detección precoz del riesgo por desnutrición a partir de los resultados de las analíticas realizadas
- Adecuación de la dieta a la valoración nutricional
- Conocimiento por parte de los profesionales del estado nutricional, con lo que se mejora el tratamiento
- Transmisión automática al Centro de Salud al alta del paciente

Desarrollo y soluciones aportadas.

El servicio de Sistemas de Información ha participado en este proyecto desarrollando conjunto de soluciones y herramientas transversales para:

- Integrar la información involucrada en distintos sistemas
- Crear un entorno común de trabajo que de la respuesta adecuada a todos los departamentos involucrados
- Facilitar la transmisión de la información nutricional
- Mejorar el seguimiento y atención de los pacientes desnutridos
- Estudiar el impacto de la desnutrición en los pacientes asistidos en el centro El proyecto se realizó en las siguientes fases:
- Screening de los resultados de laboratorio, valoración y trasvase al HIS del centro
- Sincronización con los procesos asistenciales
- Inclusión del riesgo nutricional en el Informe de Cuidados de Enfermería y envío automático del informe a primaria
- Generación del Diagnóstico CIE definitivo e inclusión automática en la historia codificada del paciente

Resultados obtenidos.

En el año 2008 se ha detectado desnutrición al 45% de los pacientes ingresados. Se han elaborado y publicado estudios de la incidencia de la desnutrición en el hospital desde las distintas áreas asistenciales.

Lecciones aprendidas.

Las herramientas de integración de la información permiten una importante mejora de los procesos asistenciales y redundan en la seguridad del paciente.

Las soluciones transversales requieren un mayor esfuerzo inicial de análisis y coordinación, pero aportan un mayor beneficio

E-63

PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES MEDIANTE UN CICLO DE PDCA

MENENDEZ MD*; VÁZQUEZ M; SANCRISTOBAL E; SOLANO J; HERRANZ V Y VÁZQUEZ F.
HOSPITAL MONTE NARANCO

Palabras Clave: Caídas de pacientes, Seguridad de pacientes

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Monte Naranco, hospital con 200 camas y principalmente pacientes geriátricos. Grupos implicados: profesionales sanitarios y pacientes.

Descripción del problema/necesidades.

Objetivo: Prevenir las caídas de pacientes mediante un ciclo de PDCA. Herramientas de análisis: a) Protocolo de prevención de caídas (Guía Australiana) en ancianos, b) Indicador: Tasa general de caídas por 1000 pacientes día (TGC); c) Gráficos de control, QI Macros for Excel (LifeStar, Denver); c) Escala STRATIFY de riesgo de caídas y escala de Barthel.

Desarrollo y soluciones aportadas.

¿Cómo?: a) Liderazgo, implantación de la SP, notificación de SA (obligatoria, IR2 del NHS y Global Trigger Tool del IHI), análisis y priorización de medidas (2004-2009); b) Uso de indicadores internacionales (TGC), escala de riesgo de caídas y protocolo de prevención (2005-2009); c) Acciones de mejora implantadas: recursos materiales (camas y sillones nuevos, obras en baños) (2004-2009); e) Nueva revisión de indicadores y evaluación del impacto de las medidas (2009). ¿Qué personas?: Gerencia, Unidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico, Dirección de Enfermería, personal. ¿Método de actuación?: Ciclo de PDCA. Cronograma: 2004- 2009.

Resultados obtenidos.

La TGC fue (2006 al 2008): 5,4, 5,5 y 5,4. Se compraron 90 camas y 76 sillones nuevos, y se hicieron obras en 51 baños. Debido a que el número de caídas de camas no descendió se introdujo el protocolo de: segregación de datos por unidades y tipo de pacientes mediante gráficos de control, revisión de la práctica actual a coste cero con estratificación de los pacientes por índice de Barthel (punto de corte 40) e introducción de nuevas medidas de prevención (marzo 2009) con las camas articuladas (camas bajadas), revisión de indicaciones de medidas de contención (2007-2009). La TGC de camas bajó de 3,6 en enero y 3,2 en febrero a 0,7 en marzo, 0,7 en abril y 1,5 en mayo.

Lecciones aprendidas.

La prevención de caídas de pacientes requiere una aproximación multimodal y una planificación en el tiempo con numerosas herramientas y evaluando adecuadamente los costes de estas medidas y su impacto. El ciclo de PDCA y estas herramientas son esenciales en un problema tan complejo como las caídas. El uso de datos desagregados mediante GC permiten entender las tendencias de las caídas y evaluar el impacto de las medidas introducidas, además ponen de manifiesto que las escalas de riesgo tienen un bajo impacto en la mejora. La introducción de medidas con bajo coste como la obligación de mantener las camas bajas y estratificar a los pacientes con la escala de Barthel permiten reducir la frecuencia y gravedad de las caídas.

E-64

GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

GAMA, ZAS*; MEDINA I MIRAPEIX, F Y SATURNO HERNÁNDEZ, PJ.
U.D. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. U. DE MURCIA

Palabras Clave: Gestión de la Calidad, Prevención de Caídas, Residencias de Ancianos

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se realizó en una residencia sociosanitaria para ancianos de 130 usuarios con un grupo multidisciplinar (fisioterapeuta, médico, enfermero y auxiliar de geriatría).
Descripción del problema/necesidades.
Las caídas son un problema frecuente y serio en las residencias de ancianos y las recomendaciones preventivas no suelen estar implantadas en estos centros. Las causas del problema se exploraron cualitativamente con diagrama de causa y efecto, y se elaboraron 13 criterios (4 de estructura y 9 de proceso), basados en evidencia, para medir la calidad de la prevención.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Pretendíamos mejorar la prevención de caídas y comprobar la hipótesis de que una mejor calidad científico-técnica de la prevención se relaciona con una menor incidencia de caídas. Se realizó una evaluación del nivel de calidad de la prevención en base a los criterios elaborados. Se implementaron intervenciones orientadas a solucionar las debilidades identificadas en esta evaluación. Y después de 6 meses del inicio de las intervenciones, se realizó una reevaluación. Adicionalmente, se monitorizaron quincenalmente las caídas durante un año (6 meses previos y 6 posteriores al inicio de la intervención), en una cohorte representativa (n=60). Las intervenciones diseñadas por el grupo multidisciplinar consistieron en formación del personal sanitario y cambios en la organización del trabajo y en los sistemas de registro.
Resultados obtenidos.
La evaluación inicial evidenció un amplio margen de mejora de la prevención, sobre todo en el los criterios de calidad sobre el proceso asistencial. Tras las intervenciones, ocho de los 9 criterios tipo proceso presentaron una mejora significativa en su cumplimiento ($p<0,05$), y todos los de estructura estaban presentes. El gráfico de control (24 mediciones en total) del nº de caídas muestra una tendencia significativa a la disminución de las mismas ($p<0,01$), asociada a la mejora conseguida en los criterios utilizados. Ocurrieron 32 caídas antes de las intervenciones para mejorar y 21 después.
Lecciones aprendidas.
Los ciclos de mejora son una herramienta útil para mejorar la prevención de caídas en residencias sociosanitarias para ancianos. A su vez, el nivel de la calidad (estructura y proceso) se relaciona con la incidencia de caídas y puede ser monitorizado con gráficos de control estadístico. Se recomienda evaluar y mejorar la prevención de caídas con criterios de estructura y proceso basados en evidencia y monitorizar sus resultados mediante la incidencia quincenal de caídas.

E-65

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES MEDICAMENTOSAS EN EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

TAMAYO RODRÍGUEZ, M; MADRIGAL DE TORRES, M; GONZÁLEZ VALVERDE, M; PÉREZ FERNÁNDEZ, P; OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E Y MIGUEL RUIZ MARIN.
Hospital General Universitaria Reina Sofía de Murcia

Palabras Clave: seguridad paciente, errores prescripción,

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se realiza en un hospital general universitario de Murcia, en un periodo entre 1 julio 2007 y 30 junio de 2008. Se impulsa desde la sección de investigación y calidad del hospital, y elaborado por adjuntos del servicio de cirugía general y aparato digestivo.
Descripción del problema/necesidades.
Los acontecimientos adversos asociados a medicamentos constituyen una patología emergente con gran repercusión asistencial, social y económica y dentro de éstos destaca por su elevada frecuencia los errores de prescripción. La utilización de abreviaturas y símbolos no estandarizados en la prescripción es una causa conocida de errores de medicación. El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia con que se utilizan las abreviaturas, símbolos o expresiones de dosis no recomendadas (asociadas a errores de medicación) en el informe de alta de los pacientes ingresados en un hospital general universitario.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio observacional trasversal y descriptivo de las prescripciones medicamentosas en el informe de alta hospitalaria en un hospital general durante el periodo de 1 año. Se evaluan los informes de alta de todos los servicios o secciones del hospital obteniendo la muestra de forma aleatorizada y estratificada con afijación proporcional al volumen de altas de cada servicio o sección. La muestra final fue de 854 informes de alta. En las variables principales de resultado se siguieron las disposiciones del Ministerio de Sanidad en España publicadas en el año 2008 sobre la calidad en la prescripción: Abreviaturas y símbolos no recomendados para indicar dosis de medicamentos, expresiones no recomendadas con decimales y ceros para expresar la dosis, abreviaturas o siglas de fórmulas químicas y abreviaturas y siglas para medicamentos.
Resultados obtenidos.
En el 38,8% de las prescripciones medicamentosas del informe de alta se ha utilizado abreviaturas y símbolos no recomendadas en la expresión de la dosis. Un 0,7% de ellas presentaban expresiones desaconsejadas de decimales y ceros. No se ha encontrado abreviaturas y siglas de fórmulas químicas como tampoco han aparecido abreviaturas o siglas medicamentos en las prescripciones evaluadas. De forma global se ha cometido un error de prescripción casi en uno de cada dos medicamentos prescritos (Media =0,40; SD= 0,51).
Lecciones aprendidas.
Es necesaria la implantación de programas de formación sobre la importancia de la calidad y adecuación de la prescripción, así como de buenas prácticas, sobre la seguridad del paciente, en los informes de alta hospitalaria, por su implicación en los efectos adversos derivados de la atención sanitaria.

E-66

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL MEDICAMENTO

SÁNCHEZ E*; GARRIDO MT; GRUTZMANCHER S; YNFANTE I Y BOCANEGRA C.
HOSPITAL JUAN RAMON JIMENEZ.

Palabras Clave: Seguridad, Calidad, Farmacia, Plan de Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en la Unidad de Gestión Clínica del Medicamento (UGCm) de un Hospital General de Especialidades. Participaron todos los facultativos, personal de enfermería y celadores.
Descripción del problema/necesidades.
La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y un derecho reconocido por múltiples organismos. El principio de primun non nocere debe ser el comienzo de toda práctica asistencial.
En nuestra unidad, clave en la seguridad del empleo de los tratamientos farmacológicos, hemos analizado nuestra situación actual para detectar posibles inseguridades en nuestra práctica asistencial y priorizar las líneas de trabajo entre los ítems detectados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Un especialista en Farmacia Hospitalaria fue el responsable del desarrollo del proyecto. Inicialmente se realizó una concienciación de la importancia de la seguridad del paciente mediante sesiones clínicas internas.
Posteriormente, en un periodo de un mes, se realizó un mapa de riesgo del Servicio de Farmacia; se empleó la metodología y matriz de riesgo del modelo de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido, para ello se distribuyó una hoja de recogida de datos donde los miembros del servicio reflexionaban sobre los motivos de inseguridad de su ámbito de actuación, que fue entregado al responsable del proyecto. La priorización de los ítems analizados fue también analizada mediante el método de Hanlon adaptado.
Posteriormente se realizaron nuevamente sesiones clínicas internas mostrando los resultados del análisis de la situación actual, y el Plan de Seguridad propuesto por el responsable del proyecto.
Resultados obtenidos.
1.-Mayor concienciación en materia de seguridad del paciente de la UGCm.
2.-Elaboración de un mapa de riesgo consensuado por todos los profesionales del Servio de Farmacia 3.-Diseño de un Plan de Seguridad propio, donde se enmarcan las líneas prioritarias de trabajo en materia de seguridad del paciente, asignación de responsables para cada objetivo y cronograma de trabajo.
Lecciones aprendidas.
1.-El trabajo en equipo ha permitido que todo el equipo asistencial sea consciente de todos los potenciales problemas de seguridad. 2.-El resultado final del Plan de Calidad nos ha mostrado que algunos de los problemas son comunes para diferentes áreas asistenciales del Servicio de Farmacia, como la necesidad de mantener un personal reciclado en puestos claves, de una formación continua, y análisis cíclicos de la situación en cada momento.

E-67

DESCENSO DEL 84% EN INCIDENCIAS DE LA MEDICACIÓN GRACIAS A LA PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA

OGUETA LANA, MIGUEL ANGEL; SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL; LERTXUNDI ETXEBARRÍA, UNAX; HERNÁNDEZ PALACIOS, RAFAEL; MENTXAKA ALDABASOLO, GORKA Y YOLLER ELBURGO, ANA BLANCA.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SME DE ÁLAVA

Palabras Clave: Seguridad, Prescripción, Dispensación, Administración, Ninguna, Incidencia

RESUMEN

Contexto de partida.
La experiencia se ha realizado en el Hospital Psiquiátrico de Álava perteneciente a Osakidetza (238 camas), monográfico de Psiquiatría, estando implicados el 100% de los Facultativos, DUEs, Farmacia, Medicina Interna, Informática y Unidad de Gestión Sanitaria del Hospital, y 8 Médicos, Farmacéuticos e Informáticos de la Dirección de Osakidetza.
Descripción del problema/necesidades.
En todos los hospitales existe la necesidad de garantizar la seguridad, a través del impulso de prácticas seguras en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos a los pacientes ingresados. Las consecuencias han sido un descenso del 84% en los errores en la administración. Las causas de los problemas se analizaron mediante la herramienta AMFE (Análisis Modal de Fallos y Enfoques). El problema se cuantificó en base a los incidentes, inesperados ó no deseados, que se produjeron por error ó no, durante los procesos de utilización de los medicamentos, y que pudieron causar daños a los pacientes, clasificando las categorías de gravedad de los errores en potenciales, sin daño, con daño, mortales y de consecuencias desconocidas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseñó, desarrolló, pilotó e implementó una Aplicación Informática soluciones aportadas Corporativa, sustituyendo la prescripción manual por la electrónica. La difusión y formación fue individualizada en horario de trabajo de cada profesional, incluido el turno de noche.
Resultados obtenidos.
El 100% de las prescripciones se hacen electrónicamente, Farmacia comprueba, validad y dispensa instantáneamente, y las DUEs administran, y posteriormente firman electrónicamente en el 100% de casos. Ha dismunuido el 74% el número de incidencias en la medicación. Se ha resuelto el problema, surgiendo nuevas ideas para mejorar y evitar errores futuros: aviso de interacciones, ajuste de dosis en medicamentos potencialmente peligrosos en el anciano, ajuste en función del nivel de Insuficiencia renal, etc. Tras encuesta a Psiquiatras y DUEs: 100% de los Psiquiatras encantados, y 97,14% de DUEs muy satisfechas.
Lecciones aprendidas.
La lección aprendida es que con liderazgo y referentes para cada fase, adecuada planificación y estrategia, implicación y compromiso de profesionales, ordenadores para todos y respuesta informática < 14 días a mejoras solicitadas, unido a un rediseño adecuado de las interacciones dentro del proceso asistencial, se evitan los errores en la medicación, e identifica la idoneidad de la medicación antes de la administración. Para otro Proyecto haremos lo mismo. Mensaje a los demás: Con sentido común y disciplina se puede conseguir casi todo en la vida…laboral.

E-68

¿QUÉ ADMINISTRAMOS A NUESTROS MAYORES? ¿LES PRESCRIBIMOS CON SEGURIDAD O LES INTOXICAMOS?.

BAEZCABEZA, A.M; ARIAS JIMENEZ , J.C; ARANGO ORTEGA,J; PÉREZ MONTAUT, I; PAEZ VALLE , R Y MANCHA PARRILLA, M.
CENTRO DE SALUD SAN PEDRO ALCANTARA

Palabras Clave: Polimedicados, Seguridad, Revision, Multidisciplinar, Botplus,

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en el Centro de Salud de San Pedro Alcántara, perteneciente al Distrito Sanitario costa del Sol .Se trata de un trabajo multidisciplinar donde han participado facultativos y enfermeros del equipo de Atención Primaria y técnicos del medicamento del Distrito Sanitario.

Descripción del problema/necesidades.

Muchos de los efectos adversos que suceden en atención primaria son debido al uso de fármacos , aumentando exponencialmente este riesgo con relación al numero de fármacos que se prescriben y administran .Especialmente en persona mayores polimedicadas, donde coexisten factores como la comorbilidad, alteraciones cognitivas y circunstancias sociales desfavorables. Podemos encontrar por tanto problemas de falta de adherencia, necesidades de tratamiento adicional, utilización de fármacos erróneo, terapia innecesaria, reacciones adveras a la medicación, infradosificación y dosis excesivamente elevadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el año 2008 mediante un trabajo multidisciplinar facultativos y soluciones aportadasenfermeras del centro trabajan de forma conjunta para minimizar los efectos adversos relacionados con la medicación, . La población diana, pacientes que sean mayores de 65 años y tomen 10 o mas fármacos, es proporcionada por el servicio de farmacia del Distrito a partir de la base de datos FARMA. Y corresponde a 716 pacientes , de los cuales fueron analizados 666 (93 % del objetivo) antes del 31 de diciembre . Todos estos pacientes son valorados individualmente, revisadas sus medicaciones, calculados sus riesgos y actualizadas sus prescripciones. Todas las fases del trabajo se registran en la historia individual DIRAYA del paciente.

Resultados obtenidos.

Tras las correspondientes actualizaciones y modificaciones en los tratamientos y utilizando los mismos criterios de inclusión,, se pasaron de 716 polimedicados en el 2008 a 405 en el 2009 . Es decir una disminución del 43.5 % . Aunque no hemos cuantificado la disminución de efectos adversos por errores en medicación, por que no existían registros previos, es obvio que se ha disminuido considerablemente el riesgo.

Lecciones aprendidas.

El equipo es mas consciente de los problema relacionados con la medicación y para este año 2009 hemos decidido incluir en la valoración realizada a cada polimedicado la herramientas BOT-PLUS , que es un programa informático que tras incluirle todos los medicamentos que se administra el paciente, calcula y revela las interacciones medicamentosa. Esta valoración será explícitamente registrada en DIRAYA.

E-69

ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA EN EL HOSPITAL COMARCAL MÓRA D'EBRE.

ALTADILL AMPOSTA, A. *; PÀEZ VIVES, F.; RECHA SANCHO, R.; MONTAÑA RADUÀ, R.; ANADÓN CHORTÓ, N. Y CASTELLS SALVADÓ, M..
HOSPITAL COMARCAL MÓRA D'EBRE

Palabras Clave: Conciliación, Discrepancias, Seguridad, Medicación, Error

RESUMEN

Contexto de partida.

El Programa de Conciliación (PC) de la medicación se implantó en el Hospital Comarcal Móra d'Ebre por un equipo integrado por enfermeras, médicos y farmacéuticos.

Descripción del problema/necesidades.

Objetivos: Reducir los errores de medicación. Crear una lista de fármacos conciliados. Resolver discrepancias en 24h. La conciliación debe garantizar al paciente recibir la medicación necesaria a la dosis, vía e intervalos correctos; también evitar las interacciones y duplicidades según la situación clínica del paciente. La inexistencia de un responsable que concilie la medicación puede originar prescripciones para tratar un proceso agudo sin tener en cuenta los crónicos con el consiguiente riesgo. La Comisión de Conciliación (CC) registró las discrepancias detectadas y las cuantificó mediante indicadores.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La CC elaboró el PC que fue aprobado por Dirección; se hizo formación al personal. Criterios inclusión: pacientes >64 años con ³2 patologías de base que tomaban ³3 fármacos crónicos. Los farmacéuticos seleccionaban los pacientes y enfermería recogía los datos farmacológicos e informaba al paciente. Contamos con la colaboración de los farmacéuticos comunitarios de la zona. Los farmacéuticos conciliaron la medicación crónica con la prescrita detectando las discrepancias que fueron consultadas al personal médico. Introdujeron la medicación conciliada en la historia clínica informatizada permitiendo ser consultada por el personal sanitario autorizado.

Resultados obtenidos.

Periodo estudio: octubre-08 a marzo-09. Incluidos 469 pacientes. Ratio discrepancias por paciente: 5,26. Media fármacos crónicos por paciente: 7,69. Conciliados 3.609 fármacos; en 1.143 (31,67%) no existieron discrepancias. En 2.466 (68,33%) existieron discrepancias por razón de vía, intervalo, dosis o tratamiento; se consideraron justificables 1.799 (72,95%) y 667 (27,05%) no justificables (errores de medicación) cuyas causas fueron la omisión de prescripción en 662 (99,25%) casos, de los cuales se aceptó la propuesta de prescripción en 329 (49,70%) ocasiones; en 259 (39,12%) omisiones el médico no contesta (ni acepta ni rechaza la prescripción en 24-48h); en 74 (11,18%) casos de omisión la propuesta no fue aceptada. Otra causa de discrepancia no justificada fueron las duplicidades, 5 (0,75%) donde se aceptaron las recomendaciones en el 100% de los casos.

Lecciones aprendidas.

Los PC reducen los errores y resuelven un alto porcentaje de discrepancias aumentando la seguridad. El abordaje multidisciplinario supuso un beneficio mayor al que hubiera supuesto la aplicación del PC de forma unilateral por parte del S. Farmacia.

E-70

LA SEGURIDAD FARMACOTERAPÉUTICA MEDIANTE LA COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO MEDAFAR

PASTOR SÁNCHEZ , R.; ALBEROLA GÓMEZ-ESCOLAR, C.; FERNÁNDEZ DE CANO MARTÍN, N.; ÁLVAREZ DE TOLEDO SAAVEDRA, F. Y SOLÁ UTHURRY, N..
RPASTOR.GAPM03@SALUD.MADRID.ORG

Palabras Clave: Seguridad, Farmacoterapia, Coordinación Intersectorial, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Participaron médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios de Cataluña, Madrid, Valencia y Zaragoza, que trabajaban en centros de salud o en oficinas de farmacia. El Proyecto es un acuerdo entre la Fundación Pharmaceutical Care España y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
Descripción del problema/necesidades.
Pretendía resolver problemas en farmacoterapia relacionados con la seguridad, la efectividad, la necesidad y la educación sanitaria en el manejo de los medicamentos por los pacientes. Se determinaron mediante consenso entre médicos y farmacéuticos las situaciones que debían ser derivadas interprofesionalmente en 2 problemas de salud muy prevalentes: asma e hipertensión arterial. Se buscaba la disminución de los problemas relacionados con los medicamentos, ya que son la causa del 10% de los motivos de urgencias hospitalaria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El trabajo se desarrolló en 3 fases. 1ª) editando dos protocolos de situaciones derivables en asma e HTA. 2ª) un estudio de campo comprobando la viabilidad de las derivaciones propuestas, su aceptación por los profesionales y los pacientes, así como los motivos y las vías de coordinación. 3ª) edición de una Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas bilingüe (español e inglés) aplicable a cualquier tipo de patología y situación.
Resultados obtenidos.
Estudio de intervención mediante derivaciones de los problemas relacionados con medicamentos, en asmáticos e hipertensos, desde el 1/3/2008 hasta el 31/05/2008 en Cataluña, Madrid y Valencia. Participaron 213 pacientes, 12 centros de salud y 26 oficinas de farmacia. De las 361 situaciones potencialmente derivables, los farmacéuticos hicieron efectivas el 65% y los médicos respondieron el 40%. De los tipos de derivaciones el 71% se debían a problemas en la efectividad de la farmacoterapia, el 13% con la seguridad de los pacientes, el 11% a la necesidad de tratamiento y el 5% con educación para la salud. Las vías de comunicación usadas fueron diferentes, los farmacéuticos en el 54% derivaron con la hoja de interconsulta, mientras que los médicos en el 58% respondieron mediante comunicación verbal a través del paciente o representante. Durante el estudio surgió la necesidad de derivar a pacientes con otro tipo de patología.
Lecciones aprendidas.
La interconsulta profesional entre farmacéuticos comunitarios y médicos de atención primaria es posible y aceptada. Permite reevaluar la efectividad y seguridad de la farmacoterapia en asmáticos e hipertensos. Cuando existe voluntad de coordinación y colaboración interprofesional, se destruyen los prejuicios y ganan en salud los pacientes.

E-71

¿ Y TRAS EL ANÁLISIS DE ERRORES DE MEDICACIÓN QUÉ? PLANTEEMOS PRACTICAS SEGURAS

ESCRIVA DE ROMANI DE GREGORIO, B; GARZON GONZÁLEZ,G; CALVO MAYORDOMO, MJ; MESEGUER BARROS, CM; UBACH BADIA, B Y ALEMANY LÓPEZ, A.
GERENCIA ATENCION PRIMARIA AREA 1

Palabras Clave: Práctica Segura, Hoja Medicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se ha llevado a cabo por la Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios (UFRS) del área 1 de Atención Primaria de Madrid integrada por Directora Enfermera, Responsables de la Unidad de Calidad y de la Unidad de Atención al Usuario y por farmacéutica del área todos ellos adscritos a la Gerencia.
Descripción del problema/necesidades.
Tras el análisis pormenorizado e individualizado de las notificaciones de errores de médicación (EM) habidas en el ejercicio 2008 (total 195) se agruparon por frecuencia principalmente en tres grandes grupos: los relacionados con la calidad del fármaco y su presentación, con la comercialización, distribución y con la comunicación e información al paciente que por frecuencia (36%) y gravedad se decidió abordar.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Como herramienta se ha utilizado el analisis causa-raiz. Se identificaron 3 causas:problemas con la legibilidad y trascripción de la prescripción, con el uso de abreviaturas, siglas y acrónimos, y con la interpretación y recordatorio de la información. Se identificó como práctica segura para implantar la “generalización del uso sistemático de la hoja de prescripción crónica de OMI al inicio de cualquier tratamiento crónico o en cualquier modificación de éste” ya que la hoja de OMI evita las confusiones del uso de códigos y es en sí misma un recordatorio escrito. Se establecieron las siguientes acciones: elaborar unas instrucciones básicas de uso de la hoja de médicación crónica, elaborar informe cobertura polimedicado por profesional, realizar informe de casos de errores de medicación habídos y evitables con la hoja de medicación crónica, reunión y sesión con cada EAP para conocer y vencer resistencias,conocimiento de uso, difundir instrucciones e informes.
Resultados obtenidos.
Estas acciones se han llevado a cabo a lo largo del primer semestre.Está previsto hacer un análisis parcial de resultados en septiembre 2009 y comparar tendencias con los habidos en el mismo periodo 2008 en lo referente a los EM notificados por error en la dosis 11,8%, duplicidad de medicamentos 8,2%,forma farmaceutica erronea 7,7%, via de administracion incorrecta 2,6%,tecnica de administración erronea2,1%, duración incorrecta del tratamiento 2% y falta de cumplimiento del paciente 1,5%
Lecciones aprendidas.
Esperamos confirmar que el uso sistemático por los profesionales del área de la hoja de medicación disponible en OMI, contribuye al cumplimiento terapeutico, facilita la información al paciente y a otros niveles asistenciales y disminuye la notificación de errores de medicación relacionados con la comunicación e información durante la prescripción.

E-72

SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE UNIDADES MOVILES EN LA ATENCIÓN URGENTE-EMERGENTE

DE CRISTINO ESPINAR, M; CAMACHO BUENOSVINOS, A; CABALLERO ARROYO, M; MATAS JIMENEZ,A; MUÑOZ ALONSO,A Y DIAZ,DIAZ,J.
DISTRITO CÓRDOBA

Palabras Clave: Seguridad, Transferencia, Unidades Móviles, Urgencias, Emergencias

RESUMEN

Contexto de partida.

Dentro del plan estratégico de seguridad del paciente se desarrolló un plan específico en Distrito Córdoba. En 2009 se forma la Comisión de Seguridad (CS) del Dispositivo de Cuidados Críticos Urgencias (DCCU).Se confecciona un mapa de riesgos para identificar y priorizar las zonas con más riesgo en DCCU con metodologia de Grupo Nominal

Descripción del problema/necesidades.

Un riesgo detectado fue Transferencia de UM a UM.Son varias las problema/ causas que provocan cambio de UM: averias,accidentes de necesidades tráfico,mejoras técnicas.Para su analisis se utilizó AMFE y así determinar severidad y probabilidad de aparición aplicando la puntuación del Índice de Prioridad de Riesgos Fallos encontrados -Olvido material de ele ctromedicina,inmovilización,fungible y medicación -Inexistencia de mecanismos de comprobación -Desconocimiento por el personal sanitario sustituto y Técnicos de Transporte Sanitario (TTS)de los elementos imprescindibles a trasladar en transferencia de UM a UM -Dilución de responsabilidades

Desarrollo y soluciones aportadas.

La CS DCCU inicio el desarrollo de medidas preventivas en el Sistema solu(s)15( )-13(p5(s)15(gs)15( )-1a)15(n)15(s)15(p)15(o)15(i)15(d)15(i)15(v)15(a)15(sv)15(o)15( )-13(d)15(e)15(o)15(n)15(u)15(r)15

E-74

COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA Y MEJORA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES, 2: CRIBADO DE CÁNCER DE CERVIX

VALLÉS GÁLLEGO, V.; ARAGÓN SANZ, MA.; CALDERÓN GRAU, P.; ONCINS TORRES, R.; GAMBÓ GRASA, P. Y MILLANES GALLINAT, P.. DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras Clave: Coordinacion Asistencial, Cáncer Vervix, Cribado, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

Sector Sanitario de Barbastro. 115000 habitantes. Elevada dispersión (de Pirineos al Ebro) Programa de Atención a la mujer implementado por médicos AP, ginecólogos y matronas en 15 Centros Salud y 3 Centros Especialidades.

En 2005 creación Sector Barbastro y dotación de matronas en AP. Se asume íntegramente Programa de Atención a la mujer; incremento de actividad.

Descripción del problema/necesidades.

Incremento número de consultas y demoras en ginecología. "Cuidados inversos". Captación inadecuada grupos de riesgo, exceso de consultas mujeres bajo riesgo.

La Gerencia única permite abordaje conjunto del problema. INTRANET de sector abre cauces de comunicación.

Grupo de mejora: ginecólogos, matronas, anatomopatólogos y responsables de AP.

Objetivos: Promover coordinación entre niveles asistenciales. Aumentar eficiencia ("cuidados inversos").

Mejorar calidad y continuidad en cartera de servicios atención a la mujer (cribado cáncer cérvix) Mejorar accesibilidad e información.

Motivar a profesionales en manejo evidencias clínicas y consensos.Disminuir variabilidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Actividades: soluciones aportadas Actualización Plan Atención a la Mujer.

Evaluar introducción en cribado de test detección VPH Presentación Protocolos: Ginecología, Hospital y Centros de Salud Realización sesiones conjuntas formativas en Centros de Salud Fomentar uso de INTRANET para consultar resultados de citologías y evitar repeticiones Elaboración Tríptico informativo Diagnóstico Precoz cáncer de cérvix Charlas con la población Información periódica a profesionales

Resultados obtenidos.

En 2008: 2514 citologías menos que en 2005 (-38%). 2651 citologías menos en AE (-71%). 132 más en Atención Primaria.

En cuatro años: a pesar de haber disminuido un 71% el número de citologías realizadas por especialistas, la tasa de detección de lesiones pre-invasivas ha aumentado: 9 en 2005, 14 en 2008.

386 test HPV Aumento cobertura poblacional de 37,6% a 45%.

Se han evitado 2500 citologías innecesarias.

Tres cánceres invasivos en 2008, no se habían realizado cribado previo.

El Plan de Mejora ha supuesto un ahorro de 220.844 €.

Lecciones aprendidas.

Las matronas juegan un papel fundamental en el mantenimiento del programa de Atención a la Mujer en AP.La coordinación entre niveles asistenciales mejora calidad y eficiencia; mejora la satisfacción e información de los usuarios; mejora la satisfacción de los profesionales. El impacto en la disminución de cargas de trabajo es evidente en atención especializada. Sería conveniente fijar objetivos de reorientación de actividad en AE. El test HPV puede mejorar la adhesión al protocolo.

E-75

USO DE DIFERENTES SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE SUCESOS ADVERSOS: ¿MUCHO RUIDO Y POCAS NUECES?

MENÉNDEZ MD; CAMPA E; RIESTRA J; GONZÁLEZ MC; HERRANZ V Y VÁZQUEZ F*.
HOSPITAL MONTE NARANCO

Palabras Clave: Sistemas de notificación, Global trigger tool

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Monte Naranco, hospital con 200 camas y principalmente pacientes geriátricos. Grupos implicados: profesionales sanitarios y pacientes.

Descripción del problema/necesidades.

Objetivo: Debido a la infranotificación de los sucesos adversos es necesario usar e incrementar diferentes sistemas de notificación (SN). Herramientas de análisis: a) Sistema de notificación voluntaria y confidencial del NHS (formulario IR2), b) Notificación interna obligatoria (caídas de pacientes y accidentes laborales), c) Notificación interna (cuidados de enfermería), d) Estudio EPINE prevalencia y registros del Laboratorio de Microbiología para el control de la infección nosocomial (IN), e) Indicadores del AHRQ mediante los códigos diagnósticos ICD-9-CM, f) WalkRounds y briefings, g) Estudio ENEAS, h) SAU, i) Estudio EMOPEM, j) Estudio de exitus por el S. de Documentación y C. Historias clínicas y k) IHI Global Trigger Tool (GTT).

Desarrollo y soluciones aportadas.

¿Cómo?: Liderazgo, entrenamiento en seguridad de pacientes, gestor de riesgos clínicos trabajando a tiempo completo. Marco de la certificación ISO. Estudio prospectivo y retrospectivo de SA registrados. Se usó un modelo teórico para conocer el escenario real de nuestro hospital considerando que nuestro SN captura alrededor del 10% de SA (1,5 al 30% descrito en la literatura), 6% de errores de medicación (EM) y los sucesos potenciales representan (SP) 100% (3300%) más que los SA.

Resultados obtenidos.

La prevalencia de SA fue el 7% (ENEAS, en el 2005). Hubo una media de 43,7 SA/ 1000 pacientes día, 50 SA/ 100 admisiones, y 43,3% de admisiones con un SA (GTT, en el 2007). La prevalencia de la IN fue 4,2% (EPINE, 2007) y la prevalencia de EM del 19,2% (EMOPEM, 2007). Incrementamos la notificación y el registro de SA de unos 300 (2004) a 2269 (2006) (incremento del 756,3%) y los SN de 4 a 9. Con el modelo teórico de los datos por notificación voluntaria (n=300) en el 2006 tendríamos: Número de SA y SP por paciente día-número teórico (0,07-67), por 1000 pacientes día (0,2- 188,3), número de SA (290-2900), número de SP (10-290000), EM (150-2500).

Lecciones aprendidas.

Hemos incrementado el número de SA con la inclusión de varios SN y una persona a tiempo completo con un cuadro más claro de los tipos de SA y SN, a la vez que una mejor aproximación a la monitorización, revisión y mejora de los procesos. La naturaleza de de las fuentes de datos no permiten conocer el orden y números reales de los SA. Es necesario priorizar y escalar los diferentes SN en el tiempo teniendo en cuenta el coste- efectividad de los mismos.

E-76

NUEVA PERSPECTIVA PARA LA MEDICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS: PRESENT ON ADMISSION “REFINADOS”

DEL RÍO MATA, J. *; MARTÍNEZ REINA, A.; CONEJO GÓMEZ, C. Y FERNÁNDEZ MORALES, E..
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Palabras Clave: Indicadores, Seguridad de Pacientes, Eventos Adversos

RESUMEN

Contexto de partida.

El presente trabajo ha sido realizado por los médicos y técnicos de documentación del Servicio de Documentación Clínica del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Descripción del problema/necesidades.

Para la medición y seguimiento de los eventos adversos relacionados problema/ con la seguridad de pacientes es necesario el desarrollo de indicadores necesidades adecuados. Entre las diversas familias de indicadores implantados, los Indicadores de Seguridad de Pacientes (ISP) de la AHRQ, son los más usados a pesar de sus limitaciones en validez y fiabilidad. Para contrarrestar éstas se implantó en 2007 en USA el marcador Present on Admission (POA) que identifica si cada diagnóstico de un episodio estaba o no presente al ingreso. Los diagnósticos no presentes al ingreso, y por tanto surgidos durante la hospitalización, son considerados potenciales eventos adversos. Estudios recientes reflejan la capacidad de los POA para detectar falsos positivos en los ISP. Por otra parte, el modelo POA de la AHRQ, incorporado al CMBD del SAS en 2009, infraestima problemas de seguridad dada la dicotomía de sus valores: presente o no presente al ingreso, ya que no detectan los procesos que estando presentes al ingreso podrían ser eventos adversos generados en una asistencia previa

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se “refinaron” los POA desglosando el valor “Sí” para identificar patologías presentes al ingreso relacionadas con una asistencia previa: (POA-R). Se distinguen las generadas en nuestro centro (5 nuevos valores de POA) de las generadas en otros ámbitos asistenciales (4 nuevos valores de POA) Se definieron normas de uso. Se realizó micromuestreo con 100 casos estimando el recurso tiempo empleado en la asignación de POA y midiendo la concordancia interobservador. Se validó el modelo procesando 500 altas, incorporando en esta fase dos nuevos valores de POA. Desde 1/1/2009 el POA-R es asignado al 100% de diagnósticos codificados

Resultados obtenidos.

El índice kappa interobservador osciló entre 95 y 100%. La asignación del POA no aumentó el tiempo empleado para codificar. Hasta el 25/05/09 se codificaron 11.572 altas con 56.115 diagnósticos. El 20,2% de las altas presentó algún POA potencialmente evento adverso, de éstos, el 19% no se habrían detectado sin el refinamiento, ya que estaban presentes al ingreso

Lecciones aprendidas.

Es viable la incorporación de POA-R sin recursos adicionales. Su uso mejora la identificación de posibles eventos adversos. En el Congreso se aportarán datos definitivos y casuística de eventos adversos encontrados con POA-R y las limitaciones de su uso

E-77

UNA BASE DE DATOS COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE CMA DEL ÁREA ESTE DE MÁLAGA-AXARQUÍA

ALCÁNTARA CAMPOS, P; RECIO LÓPEZ, F J; ORTEGA CARPIO, M D; ALARCÓN MORALES, S; LÓPEZ VELA, M Y SÁNCHEZ ACHA, Y.
Hospital de la Axarquía

Palabras Clave: Cma, Base Datos, Seguridad, Evaluación, Resultados

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado entre el Hospital y el Distrito Sanitario Axarquía, dentro de la Comisión de Cuidados de Área Axarquía, formada por profesionales de enfermería de Atención Primaria y Especializada (Con el mismo número de profesionales de ambos niveles asistenciales), incluyendo enfermeras clínicas, gestoras de casos y gestoras de cuidados

Descripción del problema/necesidades.

El presente trabajo se desarrolla por la necesidad de medir los indicadores de calidad del nuevo procedimiento para la comunicación interniveles en la atención a los pacientes intervenidos por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Se buscaban datos para indicadores cuantitativos, como el impacto de difusión e implantación del circuito y tiempos de respuesta, y valorar la Calidad de la visita post-quirúrgica a domicilio**Desarrollo y soluciones aportadas.**

La Comisión de Cuidados de Área decidió desarrollar un registro que soluciones aportadas recogiera los datos referentes a la visita domiciliaria tras CMA Se diseñó una base de datos que recogiera todos los ítems necesarios Se pilotó en el Centro de Salud Vélez-Norte, para validar la herramienta y los indicadores a recoger, y en la siguiente Comisión se decide su implantación en todo el Distrito Se instaló la base de datos en la intranet y se difundió entre todos los adjuntos de enfermería / coordinadores de cuidados de los Centros de Salud, mediante talleres individuales, ya que fueron ellos los propuestos como responsables de la cumplimentación del registro informático

Resultados obtenidos.

- Una base de datos informática que permite la explotación de los resultados - Implicación de los profesionales en el circuito de CMA tanto de atención primaria como especializada - Verificación por parte de los gestores de cuidados del área de la respuesta que dan los profesionales a estos ciudadanos

Lecciones aprendidas.

El uso de herramientas informáticas se hace imprescindible en la medición de resultados, y en la posibilidad de dar respuestas adecuadas y en tiempo real a los problemas que surgen en los circuitos, en este caso, en el de CMA. Nos da la oportunidad de establecer líneas de mejora futuras en nuestras actuaciones clínicas, y en la difusión e implantación de circuitos para la atención a nuestros ciudadanos

E-78

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER COLORRECTAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA. INDICADORES DE CALIDAD.

PLATA ROSALES, J.; GRANADOS GARCÍA, J.; NARANJO TORRES, A.; RUIZ NAVARRO, P.; CASTILLA CABEZAS, J. A. Y GARCÍA JIMENEZ, M..
Hospital Infanta Margarita

Palabras Clave: Indicador Calidad, Laparoscopia, Cáncer Colorectal

RESUMEN

Contexto de partida.
UGC de Cirugia Hospital Infanta Margarita
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto tiene como objetivo mejorar los resultados y disminuir las complicaciones en pacientes intervenidos de cáncer colorectal. Los indicadores estudiados impidieron una implementación poco sistematizada. La revisión sobre estos indicadores así la como detección de áreas de mejora que disminuyen las complicaciones hacen que en la actualidad, las técnicas de cirugía mínimamente invasiva se han podido generalizar en el campo de la cirugía colorectal.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Con el fin de implementar el cáncer colorectal por laparoscopia, se seleccionaron una serie de indicadores de calidad, que nos sirven de referencia, por un lado, para ver si los resultados se ajustan a los estándares de calidad publicados en la literatura y por otro poder compararlos con los obtenidos en cirugía abierta. Se seleccionaron 10 indicadores, con sus niveles de seguridad correspondientes: 1- profilaxis tromboembolica y antibiótica preoperatorio. 2- porcentaje de reconversiones. 3-tasa de amputaciones abdomino-perineales. 4excisión total del meso recto (e.t.r.) y tejidos linfograsos así como numero de ganglios aislados. 5-dolor postoperatorio. 6-inicio de tolerancia oral-transito intestinal. 7- complicaciones quirúrgicas. 8complicaciones infecciosas. 9- estancia postoperatoria hospitalaria.
Resultados obtenidos.
Inicio más rápido de la tolerancia oral con reducción del íleo post operatorio no existiendo problemas de nutrición. El dolor es menor y la morbilidad, cardio-respiratoria apenas se incrementa por la cirugía Laparoscópica. El porcentaje de infección de las heridas ha sido menor para los casos Laparoscópicos. Disminución significativa de la estancia media hospitalaria vs laparotomía.
Lecciones aprendidas.
El estudio del proceso quirúrgico del cáncer colorectal ha permitido conocer los puntos fuertes y áreas de mejora, la determinación de los indicadores y los niveles de referencia. El cumplimiento de estas reglas influye de manera decisiva en la supervivencia de los pacientes operados.

E-79

VALORACIÓN DEL INDICADOR AHRQ FRACTURA DE CADERA POSTOPERATORIA INTRAHOSPITALARIA

YETANO, J*; CHUECA, A; GONZÁLEZ-LLINARES, R ; LÓPEZ-ABELOA, G; AYUSO, C Y AGUIRRE, U.
HOSPITAL DE GALDAKAO

I**Palabras Clave:**Indicador calidad, CMBD, Seguridad de pacientes

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó en 11 hospitales de un Servicio Regional de Salud con participación de Documentación Clínica, Unidad de calidad y enfermería (médicos y enfermeras).
Descripción del problema/necesidades.
Se producen fracturas entre los pacientes hospitalizados que, en parte, se pueden prevenir. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha diseñado indicadores de calidad relacionados con la seguridad de los pacientes como la Fractura de cadera postoperatoria basados en datos administrativos similares al CMBD. El objetivo de este trabajo es analizar la sensibilidad y especificidad de este indicador comparado con el registro de caídas de enfermería y con las historias clínicas (HC).
Desarrollo y soluciones aportadas.
El estudio se diseñó en el Hospital de Galdakao entre Documentación y Calidad contando con la colaboración de enfermería a nivel de servicios centrales y de los 11 hospitales. Se ha utilizado el CMBD de 2008 con el 100% de las altas codificadas. Se obtuvieron los casos de las Fracturas de cadera intrahospitalaria (FCI) de dos maneras: con los criterios AHRQ estrictos que busca sólo las postoperatorias y con dichos criterios pero ampliados a todos pacientes ingresados. Se revisaron las HC de los detectados y se comprobó si realmente el paciente tuvo una FCI o ya la tenía en el momento de ingresar. Además, se recogieron las FCI de los registros de caídas de enfermería y se compararon con los obtenidos con el CMBD.
Resultados obtenidos.
De 183.369 altas se detectaron 4 casos de FCI postoperatoria (AHRQ estricto) pero las HC demostraron que todas eran previas al ingreso. Se detectaron 30 casos de FCI (AHRQ ampliado) pero, tras consultar las HC, se comprobó que 11 eran realmente intrahospitalarias no postoperatorias mientras que las 19 restantes eran fracturas previas al ingreso. En los registros de caídas de enfermería se encontraron 8 casos de FCI y la consulta de sus HC lo confirmaron (los 8 estaban entre los 11 detectados mediante el CMBD con criterios AHRQ ampliados).
Lecciones aprendidas.
1ª/ Se produjeron 2,18 FCI/100.000 altas. Ninguna de ella fue postoperatoria. 2ª/ El indicador AHRQ FCI postoperatoria detectó 4 casos todos erróneamente (eran previas al ingreso). 3ª/ La utilización del CMBD para medir las FCI con criterios AHRQ ampliados a todos los pacientes hospitalizados ha demostrado una gran sensibilidad pero con poca especificidad. 4ª/ El CMBD es inadecuado para medir una complicación intrahospitalaria puesto que se registra igual (como diagnóstico secundario) que si la tuviese el paciente en el momento de ingresar por otro diagnóstico.

E-80

SEGURIDAD DE PACIENTES: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EFECTOS ADVERSOS EN ÁMBITO LABORAL.

PALLARES CARRATALA, V; SEGARRA CASTELLO, L; OLIVA GARCÍA,S; GALA FERNÁNDEZ, J.
Gº DE TRABAJO DE EFECTOS ADV. UNION DE MUTUAS

Palabras Clave: efectos adversos-sucesos centinela-indicadores-gestión riesgo

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realiza en los centros asistenciales de Unión de Mutuas, MATEPSS nº 267.

Para este estudio se escogieron 4 centros que son de referencia dentro del conjunto, y que atienden a más del 60% de la población protegida.

Los profesionales implicados representan a todos los niveles de atención al paciente: médicos de atención primaria, traumatología, rehabilitación, enfermería, fisioterapia, auxiliares de clínica, administrativos.

Descripción del problema/necesidades.

Analizar de manera rigurosa y objetiva los datos en relación con los efectos que el sistema y su actividad, puedan tener sobre la salud de los usuarios. Pretende aportar un valor añadido a las diferentes etapas del circuito que siguen los pacientes en nuestra organización, y que favorezca la posibilidad de mejoras.

La implantación del proceso de efectos adversos (EA) no tiene ninguna intervención sobre la atención de los pacientes.

La detección de EA se establece a través de un cuestionario de notificación, con diferentes items de posibles incidentes, consensuados en función de la actividad de nuestra organización.

La notificación es voluntaria, y la evaluación se realizó tras el análisis de dichas notificaciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras validación del cuestionario se realizó un periodo de formación en soluciones aportadas EA a todo el personal de la organización. Posteriormente, se realizó una fase de intervención de 3 meses de duración, para notificación de EA con carácter voluntario y anónimo.

Durante este periodo se conforma el grupo de mejora, que cerrada la fase de intervención evalúa cada una de las notificaciones, y estructura las soluciones que puedan derivarse de ellas.

Resultados obtenidos.

El proyecto ha permitido: aprender del error, identificar deficiencias, mejorar la seguridad en el ámbito de trabajo; identificar áreas vulnerables, identificar las causas, y desarrollar planes de formación continuada.

La medición de los resultados inicialmente ha sido cualitativa.

En el momento actual se está cuantificando mediante diferentes análisis los EA detectados.

Hasta el momento se han implementado todas las medidas de corrección a cada una de las cuestiones identificadas.

Lecciones aprendidas.

Se han detectado doce áreas de mejora. De las conclusiones, se considera fundamental la importancia de seguir informando EA. De ello todos salimos reforzados por las mejoras implementadas.

El análisis de EA es muy importante en el ámbito laboral, y se debe transmitir el concepto de no punibilidad que pueda afectar a objetivos personales y/o económicos, permite una mayor implicación y evita la inercia.

E-81

16 MESES DE FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE.

OLIVERA CAÑADAS GUADALUPE; RUÍZ SÁNCHEZ ANTONIO; HERRERO HERNÁNDEZ SILVIA; JURADO BALBUENA JUAN JOSÉ; SERRANO MOLINA LUCÍA Y AMENGUAL PLIEGO MIGUEL.
GERENCIA ÁREA 6

Palabras Clave: seguridad clínica, incidentes, notificación riesgos

RESUMEN

Contexto de partida.

El plan de riesgos sanitarios de la Comunidad de Madrid, insta a las gerencias de hospitales y atención primaria a crear Unidades Funcionales de Riesgo sanitario (UFR). La UFR del área 6 se crea en Julio de 2007, está integrada por miembros de los equipos de atención primaria y es multidisciplinar. Su principal misión es analizar los incidentes comunicados por los profesionales. Tras el análisis elabora un informe con propuestas de mejora y/o actuaciones. Estos informes son accesibles a cualquier profesional.

Descripción del problema/necesidades.

La Unidad lleva a cabo un estudio descriptivo de todos los incidentes recibidos y analizados desde la implantación del sistema de notificación(diciembre de 2007) hasta abril 2008.

Clasifica los más frecuentes, los tipifica y valora las actuaciones llevadas a cabo tras el análisis para evitar la repetición de dichos incidentes

Desarrollo y soluciones aportadas.

En este período se han notificado 83 incidentes, 11 son incidentes no soluciones aportadas clínicos (agresiones verbales de pacientes a profesionales). Se han analizado todos menos 3.

Se hace estudio descriptivo de las variables: Edad/sexo de la persona implicada en el incidente Categoría profesional del notificador Causa fundamental del incidente.

Actuaciones/ recomendaciones llevadas a cabo.

Solución o mejora del problema con las actuaciones realizadas.

Resultados obtenidos.

41% de los implicados son mujeres, la edad media es de 44 años. Los principales notificadores son médicos, seguido de enfermeras y administrativos.

En 60% de incidentes, el profesional que hace la notificación aporta una posible solución.

La principal causa de los incidentes está en relación con los medicamentos (30%) y administración de vacunas (22%), después aquéllos cuya causa principal está en relación con la comunicación y la documentación clínica.

En relación con medicamentos, el error más frecuente es dosis inadecuada (31%), en relación con vacunas el error más frecuente (40%) es el error en la preparación.

Un porcentaje elevado de incidentes en relación con medicamentos, se resuelve gracias a la notificación directa al portal uso seguro del medicamento. Los incidentes en relación con vacunas, se repiten a pesar de las recomendaciones realizadas La UFR ha actuado en un 77% de los incidentes, de los cuales en un 60 % ha elaborado recomendaciones.

Con las medidas adoptadas se solucionaría o mejoraría el problema en un 60% de los casos.

Lecciones aprendidas.

Dos proyectos de mejora parten del análisis: revisión del protocolo de vacunaciones con un AMFE, proyecto de mejorar la comunicación para llegar con las recomendaciones a todos los profesionales

E-82

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA EN HOSPITALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

ARANAZ ANDRES,JM; VITALLER BURILLO,J.; REQUENA PUCHE,J.; GEA VELAZQUEZ DE CASTRO,MT; LIMON RAMÍREZ,R Y GRUPO TRABAJO PROYECOT IDEA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

Palabras Clave: Efectos adversos, Seguridad clínica,Calidad Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio transversal de prevalencia llevado a cabo durante una semana de mayo entre los años 2005-2008 en hospitales de la Comunidad Valenciana.
Descripción del problema/necesidades.
El estudio persigue mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos Adversos (EA) analizando las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de los mismos. Conocer su epidemiología facilitará desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos o minimizarlos e incorporar a la agenda en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Todos los centros realizaron el estudio simultáneamente cada año en una sola semana, en la fecha previamente establecida. Se cumplimentó la Guía de Cribado para todos los pacientes ingresados en el momento del estudio. Cuando alguna casilla era marcada con un sí, se iniciaba la cumplimentación del formulario MRF2. Los datos se introdujeron en la base de datos del Proyecto IDEA, diseñada específicamente para el estudio. Se describieron las variables mediante los estadísticos más apropiados a su naturaleza, tipo y escala de medida.
Resultados obtenidos.
La prevalencia de EA en hospitales de la Comunidad ValenciANA se ha mantenido constante durante los cuatro años del estudio, oscilando en torno al 6%. La edad media y a distribución por sexos también se ha mantenido constante, aunque con un ligero incremento del porcentaje de mujeres y de la edad media de los pacientes (56,2 en 2205, vs. 58,4 en 2008).Los factores causales de EA predominantes en los cuatro años han sido la Infección nosocomial, los procedimientos y la medicación, por ese orden, aunque hemos apreciado un aumento de los EA debido a IN al lo largo del periodo estudio. Respecto a la gravedad, se observó una disminución del porcentaje de EA graves (32,5% en 2005 vs.17, 3% en 2008) así como un aumento de la proporción de evitables desde un 50,5% a un 66% en 2008.
Lecciones aprendidas.
El diagnóstico de situación realizado nos acerca a la necesidad de un cambio cultural entre los profesionales que facilite la promoción de la cultura proactiva para la seguridad del paciente y permite anticiparse a un problema de creciente repercusión/preocupación social. El conocimiento y la sensibilización entre los profesionales facilitará prevenir lo fácilmente evitable, no hacer aquello que es inadecuado o innecesario y además comporta riesgo, y hacer más improbable lo difícilmente evitable.

E-83

ENFOQUE DE LA GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DE PACIENTES EN OSAKIDETZA

ÁLVAREZ MOREZUELAS, N.; CANTERO GONZÁLEZ D. Y GARCÍA URBANEJA M..
ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA. SUBD. CALIDAD

Palabras Clave: Notificación, sucesos adversos, incidentes, seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
En Osakidetza desde hace años las organizaciones sanitarias disponen de sistemas de registro y notificación de incidencias y/o no conformidades de los procesos gestionados mediante gestión por procesos. Así mismo existen diversos sistemas de registro o notificación: Sistema Zaineri para UPP y caídas; ISMP; INOZ para infecciones.. Desde el año 2007 desde la Organización Central se difundió a todas las organizaciones un sistema de notificación y aprendizaje en seguridad.
Descripción del problema/necesidades.
Los centros se encuentran con una variedad de sistemas de registro y de notificación, y la necesidad de diseñar un sistema eficaz y eficiente de gestión de incidencias en seguridad. Se trató de ver si era posible unificar sistemas que dieran respuesta a sus objetivos y cumpliera con los requisitos de anonimato que en la actualidad deben cumplir los sistemas de notificación y aprendizaje en seguridad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Fases: 1.Difusión del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad (SNASP) a través del despliegue de una cultura de seguridad basada en la formación en herramientas de gestión de riesgos. Sistema de gestión local (autonomía de gestión en relación a la información sobre seguridad) 2.Análisis de las experiencias en Osakidetza de otros sistemas de recogida de incidencias . Análisis de la situación legal actual que condiciona el uso de sistemas de registro de Sucesos Adversos. 3. Establecimiento de una clasificación temporal de conceptos. Diseño del enfoque de la gestión de incidencias a registrar en los Sistemas de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes y demás registros de recogida de no conformidades
Resultados obtenidos.
Difusión del SNASP: al 100% de las organizaciones Una gestión centralizada de incidencias hace mas lento el proceso de aprendizaje, además de ser mas complicado por la falta de información respecto de los factores latentes que han podido contribuir al incidente. Una recepción centralizada de buenas prácticas derivadas de los análisis de incidencias, satisface el objetivo de difusión de aprendizaje realizado por otros.
Lecciones aprendidas.
Aclarar conceptos relativos a clasificaciones y taxonomía. Tras el análisis realizado podemos decir que tan efectivo es el uso de un SNASP como los sistemas de recogida de incidencias (no conformidades) que habitualmente se usan en calidad, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales para la notificación sobre seguridad (anonimato, confidencialidad etc..). El aprendizaje debe orientarse a realizar adaptaciones locales que en ocasiones serán generalizables a través de un “banco de buenas prácticas”.

E-84

ANÁLISIS DE INCIDENTES RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Y MORTALIDAD ASOCIADA MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE CMBD CON E850-E858

SANZ MÁRQUEZ, S.; SMITS CUBERES, A.; PRIETO MOIX, S.; PÉREZ ENCINAS, M.; CHECA AMARO, M L. Y LORENZO MARTÍNEZ, S..
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

Palabras Clave: Medicamento, Cmbd, Incidente, Intoxicación, Anticoagulantes

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó en el Servicio de Farmacia (4 farmacéuticas) con la colaboración de la Unidad de Calidad (1 enfermera y 1 médico) de un Hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 264.000 habitantes.

Descripción del problema/necesidades.

Identificar y analizar incidentes relacionados con los medicamentos y mortalidad asociada a partir de bases de datos clínico administrativas (CMBD) con los diagnósticos secundarios: E850 – E858.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se obtuvo el listado de pacientes del CMBD 2008 con diagnósticos secundarios asociados a intoxicaciones accidentadas por drogas y fármacos, sustancias medicamentosas y biológicas. Se revisaron sus historias clínicas, analizando los siguientes datos: edad, sexo, servicio responsable del ingreso, principios activos implicados, grupo terapéutico, posible intoxicación medicamentosa, motivo primario o secundario de ingreso, consumo de drogas de abuso, intento autolítico, etapa del incidente producido y fallecimiento del paciente relacionado con la medicación.

Resultados obtenidos.

Se analizaron 33 pacientes (36,4% varones), edad media 73,06 años (DE: 26,3) y dos niños de 2 y 3 años. El 78,8% de los pacientes ingresó en el servicio de Medicina Interna. La causa primaria de ingreso fue debida en un 60,6% a incidentes relacionado con la medicación, de los cuales todos fueron intoxicaciones medicamentosas. En el resto de los casos el ingreso se debió a otras causas y durante el mismo se evidenció intoxicación en el 93,3%. Los fármacos más frecuentemente implicados pertenecían al grupo de anticoagulantes (36,3%), al de ansiolíticos y opioides (27,3%) y al de los digitálicos (18,2%). El 15,2% de los pacientes ingresados consumía drogas de abuso. La mayor parte de las intoxicaciones se produjeron por incidentes durante la etapa de administración (75,7%), ingesta accidental (9,1%), sobredosificación con drogas de abuso (9,1%), intento autolítico (3%) y error en la prescripción (3%). 3 pacientes fallecieron durante el ingreso, en ningún caso se debió a un incidente relacionado con la medicación.

Lecciones aprendidas.

El uso del CMBD ha permitido identificar incidentes relacionados con los medicamentos y conocer sus causas a través del análisis de las historias clinicas. La administración de medicamentos ha sido la etapa donde se ha producido el mayor porcentaje de incidentes, por este motivo es primordial potenciar la información al paciente. El acenocumarol es el medicamento con mayor número de intoxicaciones por lo que deberíamos asegurarnos de la correcta comprensión e interpretación de la información recibida por el paciente.

C-388

BENEFICIOS OBTENIDOS MEDIANTE LA IMPLICACIÓN ACTIVA DEL TRANSPORTE SANITARIO EN UN SERVICIO DE REHABILITACION

CERVANTES ESTRADA,C; DUARTE OLLER, E; PIQUERAS CESPEDES, M; MARTÍNEZ RAMOS,L; SALAS SÁNCHEZ, C.
IMAS HOSPITAL DEL MAR Y ESPERANÇA. IMAS HOSPITAL DEL MAR I ESPERANÇA

Palabras Clave: Transporte Sanitario, Rehabilitación

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el IMAS Hospital de la Esperança en el Servicio de MF y RHB. Participaron: fisioterapeutas, médico y personal administrativo, del Servicio de MF y RHB Otros profesionales: departamento de Atención al Usuario del Hospital de l' Esperança y servicios externos de Ambulàncias.

Descripción del problema/necesidades.

Problema: La irregularidad horária del trasporte sanitario fue objeto de problema/ reclamaciones por parte de los pacientes que acudian a tratamientos necesidades de rehabilitación ambulatoria

Consecuencias: 1-directas para el paciente, sesiones de tratamiento no realizadas o incompletas y tiempo perdido en largas esperas. 2- para el Centro, inversión de tiempo en tareas de secretaría, llamadas e información repetidamente. El problema se cuantificó revisando el registro de reclamaciones por estos pacientes en el Departamento de Atención al Usuario del Hospital.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se analizaron las causas y consecuéncias de las reclamaciones, mediante reunión entre la compañía de Ambulancias, Sevicios de MFyRHB y Admisiones Se decidió crear la figura de un coordinador del transporte sanitario que personalmente atendiera a la gestion del mismo, con presencia física en el propio Servicio. Se desarrolló e implantó una estrategia para llevar a cabo el proyecto de mejora en el hospital, con objetivos y resultados para el período 2007-2008 y el siguiente.

Resultados obtenidos.

Se implantó un seguimiento de recogida y medición de datos, que básicamente incluía un registro detallado de incidéncias, consecuéncias y empresa de transporte responsable. Además también se monitorizó las reclamaciones recibidas en Atención al Usuario. Se constató una gestión administrativa con el TS mas operativa. El número de incidencias y reclamaciones se redujo sensiblemente en el periodo de desarrollo del proyecto. Se plantea extender esta solución hacia otros proveedores de servicio. No se detectaron problemas colaterales por la aplicación de las medidas

Lecciones aprendidas.

Se han constatado beneficios claros a consecuencia de la integración de la gestión de información y recursos del Hospital con la del proveedor de transporte sanitario. En consecuencia, se ha mejorado la calidad asistencial directa al paciente y la calidad de gestión a los propios clientes internos del centro. Una lección extraída es el asegurar que la mejora en el continuo asistencial incluye el "ciclo completo" del transporte del paciente. En definitiva, para alcanzar los objetivos asistenciales de calidad en un servicio de MF y RHB, es fundamental disponer de un dispositivo eficaz del transporte sanitario.

C-389

MEDIDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABÉTICO EN UGC BELLAVISTA: VALIDACIÓN DE GLUCÓMETROS CLÍNICOS PROFESIONALES-PACIENTES

*GARCÍA CRESPO,FJ.
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA BELLAVISTA

RESUMEN

Contexto de partida.

Enfermeros de UGC Bellavista (DSAP Sevilla).

Descripción del problema/necesidades.

Los dispositivos de medida electrónicos están ampliamente distribuidos en salud. Si bien se pide para su comercialización el certificado de calidad y seguridad de la Unión Europea, no existe un protocolo de validación estandarizado que asegure la precisión y exactitud de las medidas. Objetivos: 1.Calibración de los dispositivos de medida de glucemia capilar empleados por enfermería. 2.Validar los dispositivos empleados por los pacientes comparándolos con los dispositivos calibrados de enfermería.

El proyecto aborda el problema de seguridad de resultados: cifras no coincidentes de dispositivos in situ pacientes-profesionales Estudio en ejecución. Se estima impacto positivo en seguridad de pacientes diabéticos y en la toma decisiones en función de la glucemia capilar.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Procedimiento 1. Calibración mensual de los dispositivos de enfermeros. (Reactivos específicos homologados por el Ministerio de Sanidad).

2. Determinación de causas de desviaciones en exactitud, según: 1.Observador 2.Técnica 3.Dispositivo 3. Protocolo para controlar las desviaciones dirigidas a los tres grupos.

Criterios de selección: -Pacientes diabéticos UGC Bellavista -Consentimiento informado

Selección mediante muestreo consecutivo

Tamaño muestral 100 pacientes

Análisis: sensibilidad, especificidad, y valores predictivos. Coeficiente de correlación intraclase. Gráfico Altman y Bland.

Difusión: equipo y Dirección de Cuidados del DSAP Sevilla. SADECA. Publicación en revistas científicas.

Resultados obtenidos.

Contamos con resultados preliminares. Todos Los dispositivos calibrados dentro de rango de exactitud. Seleccionados 100 pacientes. Iniciada validación. Resultados definitivos en dos meses.

Todos los dispositivos que no se encuentren dentro de rango de seguridad serán sustituidos. Una vez comprobada su validez, serán de gran utilidad al aportar medidas de glucemia exactas y precisas.

Lecciones aprendidas.

Los dispositivos electrónicos de medida en salud deberían someterse a procesos de calibración-validación. En nuestro distrito existe amplia experiencia por parte de investigadores con líneas de investigación financiadas en este sentido.

C-390

VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA. UN RETO

MARTÍNEZ MENÉNDEZ, MA; HIDALGO PÉREZ, E.; MATA PEON, E; DEL CASAR LIZCANO, JM; RODRÍGUEZ ZUÑIGA, D Y MARTÍNEZ ARGUELLES, B.
HOSPITAL DE JOVE

Palabras Clave: Infección Nosocomial, Ihq, Vigilancia Epidemiológica

RESUMEN

Contexto de partida.

La fundación hospital de jove es un hospital de distrito de 240 camas en el área de Gijón, con una población asignada de 100.000 Habitantes.

El trabajo está elaborado por los miembros de la comisión de infección hospitalaria junto a los servicios quirúrgicos

Descripción del problema/necesidades.

Desde el año 2006 el hospital se sumó a la iniciativa problema/necesidades inclimecc, coordinada por el dr. Monge, del servicio de medicina preventiva del hospital ramón y cajal para vigilancia y control de la infección de herida quirúrgica (ihq).En españa, según datos del epine aproximadamente el 10% de los pacientes que ingresan en un hospital sufren una infección nosocomial y un 20% de los pacientes intervenidos una ihq con el consiguiente aumento de morbimortalidad y costes asociados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Evaluamos el impacto de un programa para reducir la tasa de ihq mediante la vigilancia por procesos y evaluación de la situación con la determinación de indicadores.

En el año 2007 la comisión de infeccciones puso en marcha un programa basado en dos premisas: la ihq se puede disminuir; y los únicos que pueden lograrlo son los propios profesionales sanitarios. Se realizaron intervenciones centradas en tres lineas estratégicas de eficacia probada para prevenir la infección quirúrgica: 1º profilaxis antibiótica: revisión y actualización del protocolo existente y medición del grado de cumplimiento.

2º cuidados perioperatorios: se elaboró un protocolo específico de cuidados preoperatorios (estado nutricional , tratamiento de infecciones previas, rasurado, ducha, etc.), Durante el acto quirúrgico (pintado del campo con povidona y dejar secar, campos impermeables, etc.) Y postoperatorios (oxigenoterapia, curas de herida, etc.)3º conocer la situación: recogida diaria e introducción de datos de todos los pacientes intervenidos de tres procesos: cirugía de mama, colecistectomias y colectomias y comunicación periódica de la información obtenida a los profesionales.

Resultados obtenidos.

En los últimos años la tasa de ihq se ha reducido en los cuatro procesos incluidos en el programa: en el caso de la colecistectomia laparoscópica ha pasado de un 6.3% En el 2005 a un 0% en el 2008; en la colecistectomia abierta de un 22,5% a un 15.6%; En la cirugía de la mama de un 1.9% A un 0% y en la cirugía colorectal de un 26.6% A un 20%.

Lecciones aprendidas.

En nuestro centro hemos conseguido disminuir la tasa de ihq con un programa de intervenciones planificadas en función de dos teorías: - motivar protagonismo de los responsables del proceso.

- Documentar para cambiar prácticas y obtener recursos.

C-391

ACCIÓN CORRECTIVA: CIRUGÍA ASISTIDA POR COMPUTADORA.

LEÓN MUÑOZ, V. ; GONZÁLEZ GARRO, JM.; MUÑOZ GONZÁLEZ, A. Y CRUZ BELDA, C.
HOSPITAL VEGA DEL RÍO SEGURA

Palabras Clave: Prótesis Rodilla, Cirugía Asistida por Computador

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en la Unidad de Cirugía de Rodilla del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Vega del Río Segura. Realizado por el coordinador de la Unidad y técnicos del Servicio de Radiodiagnóstico.
Descripción del problema/necesidades.
En las artroplastias de sustitución de rodilla (ATR) se consigue, con instrumentaciones convencionales, una alineación de 180º ± 3º HKA sólo en el 70% a 80% de los casos. Se ha publicado que este porcentaje se puede mejorar mediante nuevas tecnologías (Computer Assisted Surgery). Los errores de alineación se han implicado en el decremento de la supervivencia del implante. En nuestro medio, ¿conseguimos con las técnicas actuales alineaciones satisfactorias? En caso contrario urge implantar un ciclo de Deming y definir acciones correctivas y preventivas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se han analizado las ATR implantadas en el año 2008. 131 cirugías primarias en 122 pacientes. En 9 pacientes cirugía bilateral en un sólo tiempo. 116 casos válidos para el estudio (3 casos [2,29%] descartados por complicaciones postoperatorias y pérdida de seguimiento de 12 casos. Todas las mediciones se han realizado por el mismo investigador. Estudio analítico mediante SPSS v15.0 para Windows. Resultados en media y desviación estándar (DE) o frecuencia absoluta y porcentaje. Supuesto de normalidad: Kolmogorov-Smirnov. Homogeneidad de varianzas: Levene. Comparación de dos grupos: t de Student.
Comparación de más de dos subgrupos: análisis de varianzas ajustado para las comparaciones múltiples (método de Tukey). Riesgo alfa: 0.05.
Resultados obtenidos.
Edad media: 69,99 ± 7,68 (40-86). Distribución por sexos: 75% mujeres y 25% hombres. Lateralidad: 50,9% derecha y 49,1% izquierda. HKA postoperatorio medio: 177,79º (± 3,5º). Porcentaje de HKA del estudio en la horquilla 180º ± 3º: 66,37%. No ha existido diferencia estadísticamente significativa entre diferentes cirujanos ni entre diferentes modelos protésicos respecto al HKA. Diferencia significativa al contrastar el ángulo femoral y el grado de pendiente tibial que determinamos con instrumentales convencionales durante la intervención respecto a dichos ángulos en el postoperatorio.
Lecciones aprendidas.
Coincidencia de nuestros resultados con las series publicadas. Con instrumentaciones convencionales mecánicas no siempre conseguimos lo que planificamos y ejecutamos. Se ha demostrado que se puede optimizar la alineación con sistemas de cirugía asistida por computadora y por ello se decide implementar como acción correctiva esta modificación en la técnica.

C-392

EXPERIENCIA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL DESDE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FERNÁNDEZ FERREIRO, A; IZQUIERDO GARCÍA, E; GOMIS MUÑOZ, P; MONTEJO GONZÁLEZ, JC Y HERREROS DE TEJADA, A.
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Palabras Clave: Nutrición Parenteral, Prescripción Electrónica, Cuidados Intensivos

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente trabajo lo llevaron a cabo conjuntamente los Servicios de Farmacia y Cuidados Intensivos del Hospital Universitario 12 de Octubre. Participaron dos farmacéuticos residentes, una farmacéutica adjunta y un médico intensivista.
Descripción del problema/necesidades.
La elaboración de las nutriciones parenterales (NP) se lleva a cabo en el Servicio de Farmacia, mientras que su prescripción la realizan los médicos desde las distintas plantas de hospitalización lo cual dificulta la comunicación entre el médico prescriptor y el farmacéutico encargado de la validación. Además el transporte de las hojas de prescripción desde las diferentes plantas de hospitalización hasta el área de preparación supone un retraso en todo el proceso.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Los Servicios de Farmacia y Medicina Intensiva vieron la necesidad de simplificar el proceso de prescripción de NP desde la Unidad de Cuidados Intensivos para aumentar la comunicación entre los profesionales implicados en el proceso y optimizar los tiempos de trabajo. Dentro del programa de preparación de NP instalado en la red general del Hospital se diseñó un módulo de prescripción electrónica. Cada intensivista, para acceder desde su terminal, tiene que introducir nombre de usuario y clave. El programa actualiza periódicamente los datos del paciente con información del censo del Hospital. Está diseñado para prescribir dietas protocolizadas, pudiendo incluirse las modificaciones más frecuentes (cambio de la cantidad de lípidos y/o eliminar el aporte de potasio). Cuando se elige la dieta estándar aparecen sus calorías, composición completa y osmolaridad en la parte derecha de la pantalla. Además, el programa permite imprimir cada prescripción y conservarla en la historia clínica del paciente, imprimir las etiquetas para la elaboración e identificación de las unidades nutrientes, así como incluir comentarios dirigidos al farmacéutico preparador o al médico prescriptor.
Resultados obtenidos.
El programa lleva 9 meses en funcionamiento. Se han prescrito a través de él un total de 257 dietas. Su manejo ha simplificado la prescripción, la generación de etiquetas para su elaboración y se ha optimizado el tiempo disponible en el Servicio de Farmacia. A partir de la implantación de la prescripción electrónica en la Unidad de Cuidados Intensivos y a la vista de los resultados obtenidos, se ha puesto de manifiesto la utilidad de implantación de éste sistema en las demás Unidades Clínicas del Hospital.
Lecciones aprendidas.
La informatización de la prescripción simplifica procesos, incrementa la seguridad y mejora la logística.

C-393

EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA Y LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

CARMONA VIGO, R. *; CASANOVA GARCÍA, M.A.; REINOSO COBO, J.M.; CARRASCOSA GARCÍA, M.I. Y GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P..
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Palabras Clave: Oncología Radioterápica, Calidad asistencial, Cuidados de soporte integrales

RESUMEN

Contexto de partida.

En la realización del proyecto han participado los Facultativos Especialistas de Área del Servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Jaén.

Descripción del problema/necesidades.

La Oncología Radioterápica ha experimentado una evolución espectacular hacia la sofisticación tecnológica y la integración interdisciplinaria en los últimos tiempos. El incremento de sus indicaciones como tratamiento de primera línea en determinados procesos oncológicos, la necesidad de aumentar la intensidad de dosis para un adecuado control local tumoral y una mayor sensibilización social del valor de la Calidad de Vida de los pacientes, han impulsado la búsqueda de tratamientos de soporte integrales para prevenir y tratar las complicaciones derivadas de la administración del tratamiento radioterápico, mediante una estructura asistencial orientada hacia el paciente.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este proyecto pretende mediante análisis bibliográfico realizado en la base de datos MEDLINE, identificar los cuidados de soporte integrales que han sido empleados y los que actualmente se aplican en el paciente oncológico, con la finalidad de plantear un nuevo enfoque en la valoración de sus necesidades asistenciales y brindar las medidas de soporte integrales adecuadas.

Resultados obtenidos.

Los cuidados clínicos de soporte han sido contemplados como una necesidad colateral. Por un lado, debido a la escasez de personal técnico cualificado motivada por el limitado número de Oncólogos Radioterápicos y a la carencia de enfermería especializada. Por otro, a la falta de atención integral al paciente por parte de la organización asistencial. Los servicios, principalmente diseñados para la ubicación de máquinas y no para la atención de enfermos y la saturación asistencial debida a la creciente demanda de tratamientos, han contribuido también a obstaculizar la individualización y la calidad de los cuidados clínicos.

Lecciones aprendidas.

Para garantizar una asistencia que siga los principios de la Calidad total, es necesario: Integrar en la práctica asistencial de soporte a otros profesionales y definir modos de colaboración eficientes; Facilitar al enfermo oncológico el acceso a aquellos profesionales necesarios para cuidados de soporte avanzados; Estructurar la contribución de la enfermería a la atención integral del paciente oncológico; Identificar y extender el conocimiento de las evidencias bibliográficas que avalan tratamientos de soporte de uso habitual; Definir la estructura física y organizativa óptima de los servicios de Oncología Radioterápica para atender convenientemente a los enfermos afectos de cáncer.

C-394

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA

DEL PINO MONTESINOS J I*; MENA CABEZA, G; SILVA GRADOS MªA; CAMPA VALERA, F; MACIAS RAMÍREZ, C Y CAMACHO LARAÑA, M.
Distrito Sanitario Sevilla Sur

Palabras Clave: Obesidad, Cirugía Bariatrica, Terapia Familiar, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría de la Unidad de Día del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla interviniendo dos psicólogas, dos psiquiatras y un médico de familia, terapeutas de familia y una enfermera.

Descripción del problema/necesidades.

Diseñar un programa con metodología propia y plan de acción original que permitiera conectar los objetivos estratégicos establecidos en el protocolo de Asistencia Sanitaria a Pacientes con Obesidad mórbida y Cirugía Bariátrica(PAOB) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que desean intervenirse, las líneas de actuación específicas de nuestro servicio de Psiquiatría: Terapia y Orientación Sistémica Familiar (TF) y los instrumentos operativos evaluativos psicológicos para pacientes con esta grave patología con objeto de adecuar el perfil psicológico al elevado riesgo quirúrgico, mejorar la seguridad de la elección de estos usuarios y disminuir la posible yatrogenia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Todos los pacientes atendidos(n=25) desde diciembre del 2004 al 2007 en el Circuito de Atención de PAOB, fase “Consulta de Psicología-Psiquiatría” se evaluaron mediante un cuestionario de idoneidad psicológica prequirúrgica y un estudio psicológico-psiquiátrico que incluía datos demográficos, de personalidad, de su trastorno alimentario y de ámbito relacional y familiar que se complementó con un instrumento específico ad hoc : TF.

Resultados obtenidos.

El 100% clarificaron su elección y 96% cumplieron requisitos de idoneidad tras la aplicación del protocolo completo con inclusión en TF. Los instrumentos utilizados permitieron, estudiar ,evaluar y tratar aspectos que resultaron relevantes para la toma de decisión de los pacientes, de los que un 68% presentaban disfunción familiar, mejorando su percepción y seguridad sobre la elección efectuada

Lecciones aprendidas.

La utilización de TF ha permitido dar respuesta y ajustar objetivos institucionales y expectativas individuales, optimizando la funcionalidad y seguridad entre los distintos niveles operativos del PAOB, además, como instrumento de apoyo y tratamiento a la evaluación de idoneidad de pacientes con obesidad mórbida que van a ser intervenidos de Cirugía Bariátrica aumenta la seguridad en la elección de esta técnica específica y disminuye la posible yatrogenia prequirúrgica.

C-395

LA CALIDAD ASISTENCIAL: OPINIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

CARMONA VIGO, R.*; CASANOVA GARCÍA, M.A.; MARTOS ALCALDE, M.; HERNÁNDEZ, T.; BUENAVISTA, J. Y CABALLERO, R..
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: Plan de Calidad, Usuario, Calidad asistencial, Radioterapia

RESUMEN

Contexto de partida.
En la realización del proyecto han participado los FacultativosEspecialistas de Área del Servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Jaén junto a la Subdirección Médica de Calidad de nuestro Centro.

Descripción del problema/necesidades.
El Plan de Calidad y Eficiencia del Sistema Sanitario Público Andaluz hace una apuesta por una atención de calidad,donde las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios y su satisfacción son las directrices de dicho plan. Para conseguirlo, la mejor información es la que aporta el propio usuario. De ahí la idea de confeccionar una encuesta en la que se recojan las opiniones de los pacientes desde el momento en que se lleva a cabo su primera valoración hasta el día en que finaliza el tratamiento radioterápico.El proyecto pretende:1.Evaluar la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios mediante una encuesta realizada en el Servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Jaén;2.Favorecer la participación de los mismos en las decisiones relativas a su proceso asistencial;3.Detectar áreas de mejora.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo transversal.Ámbito:Complejo Hospitalario de Jaén;Noviembre de 2006 a Noviembre de 2008;Población de referencia:Usuarios del Servicio de Oncología Radioterápica;Población elegible: Sujetos de la población de referencia accesibles durante el período de reclutamiento;Muestra:Sujetos de la población elegible seleccionados mediante muestreo aleatorio que cumplan criterios de inclusión y exclusión.Variables de estudio:Calidad de atención percibida por el usuario por parte del personal sanitario desde la primera consulta hasta la finalización del tratamiento;atención puntual acorde con la hora de citación previa;satisfacción del usuario con el trato recibido por parte del personal de enfermería y técnicos de Radioterapia;aceptación del medio de transporte diario utilizado para el desplazamiento.

Resultados obtenidos.
Se han evaluado 405 encuestas. El 99,5% han considerado que la calidad de atención percibida por parte del personal sanitario ha sido buena o muy buena; el 94,32% han sido atendidos puntualmente acorde con la hora de citación previa; el 99,26 % se ha sentido satisfecho con la buena atención recibida por el personal de enfermería y TER; el traslado en taxi ha sido elogiado, destacando la atención recibida por los profesionales de dicho transporte. En cuanto al traslado en ambulancia, un 80% expresaron su disconformidad por la tardanza en el regreso al domicilio.

Lecciones aprendidas.
La evaluación de la percepción de calidad de nuestros usuarios puede considerarse satisfactoria.

C-396

CONSULTA DE NUTRICIÓN EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

LUPIAÑEZ PÉREZ YOLANDA; MEDINA CARMONA JOSE ANTONIO; RICO PÉREZ POSE MANUEL Y GARCÍA ALMEIDA JOSE MANUEL.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA MALAGA

Palabras Clave: Oncología, tratamientos, desnutricion, intervencion precoz, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
La consulta de nutrición comenzó en el Servicio de Oncología Radioterápica desde su inauguración en julio de 2005. Inicialmente contaba con una enfermera, un oncólogo radioterápico y el apoyo del jefe de servicio produciéndose la incorporación de un endocrinólogo unos meses después.

Descripción del problema/necesidades.
Entre el 15 y el 40% de los pacientes neoplásicos presentan malnutrición al diagnóstico alcanzando el 80% en caso de enfermedad avanzada. Su frecuencia depende del estadío de la neoplasia y de la iatrogenia asociada al tratamiento oncológico. La malnutrición disminuye la calidad de vida y compromete el cumplimiento del plan terapéutico. A pesar de ello, su manejo no ha sido considerado como prioritario hasta el punto de que la mayoría de los casos son valorados y tratados en caso de malnutrición severa instaurada de difícil reversión El objetivo es valorar el estado nutricional de cada paciente antes del iniciar tratamiento (con o sin quimioterapia) para intervenir precozmente minimizando la pérdida ponderal, mejorar la calidad de vida y reducir los ingresos hospitalarios por complicaciones asociadas a déficits nutricionales

Desarrollo y soluciones aportadas El diseño incluía un protocolo de actuación conjunta por parte deenfermería, oncología radioterápica y endocrinología. Éste ultimo acude a nuestro Servicio dos veces al mes. De este modo todas las actuaciones se llevan a cabo en el ámbito intradepartamental minimizando el consumo de tiempo asociado a trámites administrativos y desplazamientos innecesarios asociados al modelo tradicional de Interconsulta interdepartamental Así desde la inauguración del Servicio, cada paciente es sometido a valoración nutricional en la consulta de enfermería antes del inicio de la radioterapia. Durante la misma se monitorizan los parámetros nutricionales y toxicidades rádicas aplicando el soporte idóneo en tiempo adecuado. Se garantiza la continuidad asistencial extendiendo el seguimiento hasta la recuperación del estado nutricional tras la finalización del tratamiento Resultados obtenidos En cuatro años se han valorado 1600 pacientes siendo los tumores de cabeza y cuello, digestivos y pulmonares los que más intervenciones han precisado

Lecciones aprendidas.
Se trata de un proceso centrado en el usuario. Aporta un valor añadido para él y su entorno dado que la pérdida ponderal severa es percibida como un problema cuyo manejo incrementa la calidad percibida por el usuario. Garantiza la continuidad asistencial e incrementa la satisfacción de los profesionales al añadir una nueva actividad a nuestra cartera de servicios sin consumir recursos adicionales

C-397

ATENCIÓN A LA MUJER MALTRATADA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. UNA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

MARTINEZ IZQUIERDO M T; ECHARTE PAZOS J L; ARANDA CÁRDENAS D*; PUENTE PALACIOS I; LEÓN BERTRAN N.
COMISSIÓ TÈCNICA DE L'IMAS ATENCIÓ ALS MALTRACTAME. IMAS

Palabras Clave: Maltrato

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se llevó a cabo en los Servicios de Urgencias del IMAS por los médicos asistenciales bajo la supervisión de la CTIAM.
Descripción del problema/necesidades.
Aumentar la detección por parte del personal sanitario del maltrato a mujeres y optimizar los circuitos internos con el fin de mejorar la calidad en la asistencia.
Se analizó la frecuentación en urgencias, los factores de riesgo de maltrato y los fallos en los circuitos existentes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio prospectivo de las mujeres atendidas por maltrato en los servicios de urgencias del IMAS en el año 2004. Los datos se recogieron en el mapa anatómico en formato papel. Se consideró frecuentación un mínimo de tres visitas en el año. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows.
Resultados obtenidos.
Se recogieron 604 casos, con una edad media de 34 +/- 10 años. Un 48% de las mujeres eran españolas, 34% suramericanas y 9% marroquíes. El estado de ánimo era ansioso-depresivo en un 59%. La agresión se había producido en casa en el 68% y con testigos en un 52% de los casos.
Un 72,6% de las mujeres habían sufrido agresiones previas y no habían hecho denuncia (p< 0,001). En el 80,6% el agresor era la pareja actual y el mecanismo más frecuente la pelea y contusiones (90,10%). En el 93,40%, el diagnóstico fue de contusiones leves. El 10,4% de los casos fueron detectados por el personal sanitario. El 29,6% de las pacientes eran frecuentadoras (p<0,001), los motivos de consulta más habituales fueron: trastornos inespecíficos, ginecológicos, traumatológicos, psiquiátricos, digestivos y neurológicos. El 52,6% de los casos tenía factores de riesgo de maltrato. En el 3% de los casos, las copias no llegaron a los Servicios Sociales del IMAS.
Lecciones aprendidas.
Entre las mujeres maltratadas atendidas en Urgencias, existe una elevada proporción de frecuentadoras, en cambio la detección del maltrato por parte del personal sanitario es baja por lo que la CTIAM ha adoptado la siguiente medida para mejorar la calidad en la asistencia: Formación del personal: Una sesión anual dentro del curso de bienvenida a los nuevos residentes, una clase en el curso de urgencias para residentes de primer año y un curso de formación continuada en la atención a los malos tratos dirigido al personal del IMAS.
Aunque un 3% de pérdida de documentación es bajo, las consecuencias pueden ser nefastas, por lo que se ha informatizado el mapa anatómico. Dada la alta incidencia de factores de riesgo detectada, se incluyeron de forma específica los más frecuentes en nuestra área.

C-398

TENEMOS UNA RESPUESTA PARA TI: INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PLANTAS CON DOSIS UNITARIAS

CORDERO CRUZ, A.M.*; AGUILELLA VIZCAÍNO, M.J.; FERRARI PIQUERO J.M.; JIMÉNEZ CEREZO M.J. Y HERREROS DE TEJADA A..
HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Palabras Clave: Información de medicamentos, dosis unitarias

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio desarrollado por los farmacéuticos del Área de Dosis Unitarias del Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre de Madrid.
Descripción del problema/necesidades.
La toma de decisiones terapéuticas se sustenta en disponer de una información que en muchas ocasiones el profesional de la Unidad Clínica solicita al Servicio de Farmacia.
El sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias supone siempre una oportunidad para integrar al farmacéutico y convertirlo en un referente en cuanto a las dudas de medicación que puedan surgir en la rutina diaria. Con este estudio se trata de describir el tipo de consultas que reciben los farmacéuticos del Área de Dosis Unitarias clasificándolas según su temática, complejidad, frecuencia y el profesional sanitario que las formula.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante dos meses se registraron todas las consultas que de una forma explícita se formulaban al Área de Dosis Unitarias. Las consultas se clasificaron en dos grupos: a) Consultas de respuesta inmediata, y que por tanto se contestaron directamente por parte del farmacéutico del Área de Dosis Unitarias b) Consultas de mayor complejidad, que fueron trasladadas al Centro de Información de Medicamentos (CIM) del Servicio de Farmacia para su posterior resolución.
Resultados obtenidos.
De las 67 consultas que se registraron:
- 45 (67% del total) resultaron ser de respuesta inmediata frente a 22 (33%) que fueron resueltas por el CIM
- En cuanto a la temática fueron: ►28. Disponibilidad de medicamentos en el Hospital/Equivalencia terapéutica ►23. Administración de los medicamentos ►11. Interacciones de medicamentos ►5 Otras preguntas
-Acerca del personal que formuló las consultas: ►56. fueron formuladas por personal de enfermería y 11 por médicos.
Lecciones aprendidas.
1.-El farmacéutico del Área de Dosis Unitarias es un referente para la consultas farmacoterapéuticas del personal médico y de enfermería.
2.- Además de su propio papel como informador, el farmacéutico delÁrea de Dosis Unitarias contribuye a dar a conocer el CIM a través de la transmisión de las consultas de mayor complejidad.
3.-El personal de enfermería es el principal demandante de información sobre la disponibilidad de medicamentos y sobre temas de administración.

C-399

FORMAR A LOS PROFESIONALES PARA REGISTRAR Y NOTIFICAR LOS INCIDENTES ADVERSOS. NUEVA ESTRATEGIA DE ABORDAR EL PROBLEMA.

MIGUEL ANGEL VILCHES FERRON; FRANCISCA LÓPEZ RODRÍGUEZ ; JOSE SERRANO CALVACHE; MARIA DOLORES MUÑOZ SÁNCHEZ-REYES; ANDRES RUIZ VALVERDE Y ANTONIA PARDO MARTÍNEZ.
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS

Palabras Clave: Incidente, adverso, seguridad, formación, notificación, registro

RESUMEN

Contexto de partida.

El Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería (CHT) es el centro donde se inició este trabajo y sigue desarrollándose en la actualidad (desde Junio de 2008). Esta actividad formativa acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de Salud, en su primer año de desarrollo se ha dirigido a todos los Médicos/as y Enfermeras del CHT. Y un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios del CHT como equipo docente.

Descripción del problema/necesidades.

Esta actividad responde a la necesidad de formación continua de los profesionales en estrategias para la seguridad del paciente, que ayudará a concienciar al profesional de que un error ha ocurrido, al conocimiento de que se debe de documentar y porqué, a percibir de que el paciente puede ser indemne al error, a perder miedo a las acciones disciplinarias o denuncias, a tener familiaridad con los mecanismos de notificación. También se puede tener en cuenta que la mejora de la notificación de los incidentes Adversos(IA), permitirá focalizar los esfuerzos de mejora y gestionar el riesgo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para adquirir las habilidades para la notificación de los IA, se hará una soluciones aportadas exposición teórica sobre las definiciones y características de los IA y sistemas de registro y notificación. En la unidad didáctica “Casos Prácticos” se utilizará una metodología práctica con análisis de casos clínicos por parte de los alumnos, con discusión y posterior puesta en común. Se trata pues de una metodología participativa, basada en el trabajo del grupo, introduciendo los contenidos mediante exposiciones teóricas y propiciando el debate

Resultados obtenidos.

Hasta la fecha (Abril de 2009) se han celebrado 13 ediciones, formando a más de 100 profesionales. En cuanto a los resultados de la actividad el 100% de los alumnos lo han considerado pertinente y con un 97% de satisfacción en cuanto a la metodología utilizada: 1. De 1/01/07 hasta el comienzo de esta NUEVA estrategia en Junio de 2008 NO se notificó ningún Incidente Adverso. 2. Desde que se han empezado a formar/informar los profesionales (Junio de 2008) hasta la fecha se han notificado más de 10 IA de los cuales el 5% se consideran graves. La Comisión de Calidad Asitencial ha estudiado el 100% de los IA y desarrolla estrategias tipo RCA en los casos necesarios

Lecciones aprendidas.

La notificación de los IA solo se realiza en el 5% del total de IA. Se ha llegado a la conclusión de que la gran mayoria de las veces el profeional no notifica por desconocimiento del procedimiento de notificación, siendo una buena estrategia formar/informar para evitar este “sesgo” que genera el desconocimiento.

C-400

SEGURIDAD CLINICA EN ATENCION PRIMARIA: CUIDADO CON LA FUNCION RENAL

RAFAEL GÓMEZ NAVARRO.
CENTRO DE SALUD TERUEL RURAL

Palabras Clave: Seguridad Clinica, Funcion Renal

RESUMEN

Contexto de partida.

Consulta de Atención Primaria de Caudé (Teruel),EAP Teruel Rural dependiente del EAP Teruel Rural (SALUD). Desarrollado por el Médico de Familia responsable de la misma.

Descripción del problema/necesidades.

Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos que reciben los pacientes no les supongan ningún daño, lesión o complicación más allá de las derivadas de la evolución natural de su propia enfermedad. En Atención Primaria la mayoría de los efectos adversos están relacionados con la medicación. Contribuye a esto el desconocimiento adecuado de la función renal (FR) de los pacientes. No esta generalizado en nuestro medio la utilización de ecuaciones predictivas para el estudio de la FR lo que ocasiona tanto su inadecuado conocimiento como de la dosificación de los fármacos, pudiendo ser causa efectos adversos evitables. Realizamos un censo de los pacientes con riesgo aumentado de padecer enfermedad renal crónica (ERC) (edad ≥ 60 años, HTA, DM, ECV y obesidad), con un total de 147 (51,3 % de nuestra población) que constituirían la población diAna en la que plantear la intervención.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se calculó el filtrado glomerular (FG) de los pacientes de riesgo que acudieron a la consulta utilizando la fórmula MDRD. En los pacientes con FG< 30 (ml/min/1,73 m2) se revisaron los tratamientos farmacológicos para ajustarlos en función del mismo, haciéndolo constar ambos hechos en la historia clínica (HC) para conocimiento de todos los implicados en su manejo, incluido el propio paciente. A los seis meses de comenzar la intervención se realizó la evaluación.

Resultados obtenidos.

Sobre el censo se realizó muestreo sistemático, para obtener 49 casos en los que se evaluó. En el 87,8 % ± 7,5 constaba en su HC que se les había calculado el FG mediante la fórmula MDRD y en el 100 % de estos se hacía constar el estadiaje. Sobre los 115 pacientes que estudiamos se clasificaron como Estadío 1 30,4 % ± 6,5; Estadío 2 50,4 % ± 7,1; Estadío 3 13,9 % ± 4,9. No encontramos pacientes en los Estadíos 4 y 5. En el 100 % de los pacientes en Estadío 3 constaba en su HC que se había revisado su tratamiento para evitar la yatrogenia farmacológica. En los pacientes en Estadío 3 (ERC) no cumplían las recomendaciones de control tensional el 68,5 %, las de control lipídico el 93,7 % y las de control de DM el 66,6 %. Esto nos hace plantearnos nuevas oportunidades de mejora.

Lecciones aprendidas.

La FR de nuestros pacientes está con frecuencia alterada y es fundamental su consideración para evitar producir yatrogenia con nuestros tratamientos farmacológicos.

C-401

ANÁLISIS DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA: OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA CONTINUA

PÉREZ ARBEJ, JA; CAMEO RICO, MI; MARECA DOÑATE, R; GARCÍA-MAGARIÑO ALONSO, J; AGUILAR PALACIO, I Y GACÍA CALERO, DAVID.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras Clave: Infección, Herida, Quirúrgica, Urologia

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado por médicos de los Servicios de Urología (SU) y Medicina Preventiva y Salud Pública (SMP) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB), colaborando una médico residente del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), todos ellos de Zaragoza.
Descripción del problema/necesidades.
Se buscaba conocer la situación de la infección del sitio quirúrgico (ISQ) en pacientes urológicos intervenidos quirúrgicamente durante un período dado (años 2004-2007), comparando los hallazgos con los datos globales del hospital y con los datos existentes en la literatura, con el objetivo de detectar áreas de mejora, bien en la tasa general de ISQ o de alguna técnica quirúrgica en particular.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se obtuvo la información de las bases de datos del SMP, Servicio de Admisión y Documentación Clínica (CMBD), Intranet y Archivo del HCULB. Tras cruzar estas bases y aplicar criterios de exclusión, se analizaron 91 pacientes, realizando un estudio estadístico descriptivo uni y bivariante.
Resultados obtenidos.
La tasa de ISQ del SU para estos 4 años fue de 1,8% y en el resto del hospital de 3,9%. La estancia media fue de 22,4 días. Las tasas de ISQ de las intervenciones mas frecuentes fueron: 0,3% en RTU de próstata; 1,6% en biopsia de próstata; 2,9% en nefrectomía; 1,1% en hidrocelectomía; 16% en adenomectomía; 26,4% en cistectomía radical; 4,9% en orquiectomía; 4,0% en prostatectomía radical, 25,0% en esfínter artificial. La tasa total, sobre 4.566 intervenciones fue del 1,99%. El 61,5% fueron infecciones de herida superficial, 10,9% profunda y 27,4% de órgano-espacio. Mientras que en el resto del hospital la solicitud de cultivos de herida en ISQ se situaba en el 68% (64,4% positivos), el SU tenía un 59,4% (49,5% positivos). Comparadas con los estudios publicados nuestras tasas de ISQ son más bajas en prostatectomía radical, nefrectomía y biopsias prostáticas, similares en cistectomía radical e hidrocelectomía y más altas en adenomectomía e implantación de esfínter artificial.
Lecciones aprendidas.
-Las tasas de infección del sitio quirúrgico en nuestro SU se hallan dentro de los márgenes de los estudios publicados. Sin embargo, creemos que debemos mejorar las tasas de ISQ en las adenomectomías y en la cistectomía radical y la solicitud de cultivos de exudado de herida.
-Se encontraron discrepancias en la concordancia de datos entre los informes de alta hospitalaria (CMBD) y las bases del SMP, lo que dio lugar al planteamiento de áreas de mejora que se están poniendo en marcha en la actualidad.

C-402

USO DE GRÁFICOS DE CONTROL PARA LA RETROALIMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS MEJORAS EN SEGURIDAD DE PACIENTES

MENENDEZ MD; MARTÍNEZ AB; BEOVIDES T; SOMMER E; DIAZ JM Y VÁZQUEZ F*.
Hospital Monte Naranco

Palabras Clave: Gráficos de control, Seguridad de pacientes

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Monte Naranco, hospital con 200 camas y principalmente pacientes geriátricos. Grupos implicados: profesionales sanitarios y pacientes.
Descripción del problema/necesidades.
Objetivo: Retroalimentar al personal con los datos de los indicadores de seguridad de pacientes (SP) mediante gráficos de control (GC) que permitan medir las mejoras introducidas.
Herramientas de análisis: a) Tasa general de caídas por 1000 pacientes día (TGC), prevalencia de la Infección nosocomial (IN), tasa de dermatitis, flebitis y UPP, porcentaje de adecuada identificación de pacientes; b) GC QI Macros for Excel (LifeStar, Denver); c) Evaluación por los líderes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
¿Cómo?: Creación de gráficos de control (gráficos de líneas de los datos generados y el promedio de los mismos y las líneas sigma para determinar la estabilidad) mediante los datos de los indicadores y evaluación por los líderes. ¿Qué personas?: Gerencia, Unidad de Calidad y Gestión del Riesgo Clínico, Dirección de Enfermería, Supervisoras, DUEs. ¿Método de actuación?: Formación de las Supervisoras en GC (1hora), Creación de los gráficos, Uso y análisis de los datos en las reuniones de la Comisión de Supervisión de Enfermería y la Comisión de la Dirección, y en las reuniones de la Dirección con el SESPA. Cronograma: inicio en el año 2008.
Resultados obtenidos.
Formación de todas las Supervisoras, 3 reuniones realizadas hasta la fecha, introducción de los temas de SP en las dos comisiones y su análisis. Uso de las Supervisoras en las reuniones de las Unidades. Introducción en las reuniones de alta dirección como elemento de mejora en el hospital. Indicadores: TGC (2,5), prevalencia de la IN (2,8%), dermatitis (2,5%), flebitis (4,1%), UPP (2,9%), adecuada identificación de pacientes (96,2%). Nuevas necesidades detectadas: mejorar la retroalimentación (el personal accede a los datos a través de la intranet) y formación del personal de las Unidades.
Lecciones aprendidas.
Los GC permiten estabilizar y mejorar los procesos de SP de manera estadística. Permite enfocar los procesos y entender si las medidas implantadas son efectivas o no y de esta forma hacer mejores decisiones. El personal al desagregar los datos, conoce el alcance de las mejoras en las unidades respectivas y los esfuerzos que debe realizar para mejorar los indicadores. El uso de datos agregados conduce a juicios, no a mejoras, y los GC ayudan a medir los esfuerzos en la mejora de los procesos, además usa un lenguaje común, visualiza el proceso y mide en el tiempo la estabilidad del mismo.

C-403

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MORCILLO, A. ; BIOSCA,M. ; LOSADA*,B. ; GÓMEZ,M. ; ARIÑO,S. Y BARBOSA,E. .
HOSPITAL DOS DE MAIG. CSI

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se realizó en el S. de Urgencias del Hospital Dos de Maig de Barcelona.

A raíz de la incorporación de la Normativa ISO en nuestro servicio, se creó una Comisión de Seguridad Clínica con el fin de controlar y prevenir posibles errores en la asistencia.

Descripción del problema/necesidades.

Por las características des Servicio de Urgencias, dada la premura de tiempo con que a veces tenemos que actuar, nos planteamos la necesidad de controlar con mas cuidado la seguridad de los pacientes visitados y establecer acciones de mejora preventivas y correctivas en caso de detección o riesgo de incidencias

Desarrollo y soluciones aportadas.

Creación de la Comisión de Seguridad Clínica multidisciplinar formada por 6 facultativos y 5 DUEs, de la que se derivaron las siguientes actuaciones : 1.Elaboración y puesta en marcha de un registro informatizado de errores en la prescripción de fármacos. 2.Control estricto de temperatura mediante programa informático y lector interno digitalizado de los fármacos que precisan medio refrigerado. 3.Identificación de los medicamentos con posibilidad de error en su administración por similitud del embalaje, etiquetado o ubicación. 4.Diseño de procedimiento de trabajo para la identificación del paciente y sus pertenencias, durante su estancia en el área de urgencias. 5.Control del correcto etiquetado de las peticiones de laboratorio por parte de la supervisora, diariamente y posterior registro. 6.Incorporación de plancheta metálica con registro identificativo del paciente y del personal asistencial responsable, para la correcta custodia de la documentación generada en el episodio de urgencias. 7. Puesta en marcha de acciones de mejora preventivas y correctivas .

Las acciones propuestas por la Comisión de Seguridad Clínica son aprobadas por el Comité Operativo de Urgencias y registradas en acta y posteriormente difundidas en los diferentes ámbitos del proceso de urgencias.

La Comisión de Seguridad establece tres fases de desarrollo con periodicidad anual: 1.Definición de objetivos. 2.Implantación de medidas. 3.Evaluación de resultados e informe final.

Resultados obtenidos.

Registro de errores farmacológicos:

•19.64% errores de transcripción (11 casos)
•62.5% errores de prescripción (35 casos)
•7.14% errores de administración (4 casos)
•1.79% errores de dispensación (1 caso)

En el 99% de los casos el error fue detectado a tiempo.
Uno requirió intervención.

Lecciones aprendidas.

La creación de la comisión de Seguridad Clínica es una herramienta de gran valor para el control y prevención de los errores en la práctica asistencial .

C-404

ESTUDIO SOBRE IDENTIFICACIÓN DE ALERGIAS EN PACIENTES INGRESADOS

LUIS FLORES CABALLERO; YOLANDA IZQUIERDO PÉREZ; EDUARDO BRIONES PÉREZ DE LA PLANCA; SILVIA VIDAL SERRANO; GERMÁN CORTÉS MACÍAS Y JULIÁN Mª ASENJO JIMÉNEZ.
ÁREA HOSPITALARIA DE VALME

Palabras Clave: alergia, medicamentos, identificacion

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se realizó dentro de la línea de trabajo sobre identificación, priorizada por la Comisión de Seguridad del Paciente (CSP) del Área Hospitalaria de Valme. La CSP está integrada por profesionales médicos y de enfermería cuya actividad o responsabilidad está relacionada directamente con la seguridad del paciente.

Descripción del problema/necesidades.

La identificación de las alergias conocidas a fármacos es uno de los pasos dentro la administración segura. Este dato es recogido en varias fuentes de información, por un lado a través del color de la pulsera identificativa, en los datos recogidos por enfermería (historia clínica) y en los datos recogidos por el facultativo (historia clínica y prescripción electrónica). Los fallos y las posibles contradicciones en la información pueden tener graves consecuencias.

El objetivo es conocer la concordancia en la información recogida sobre alergias a fármacos entre las diversas fuentes de información.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El grupo de identificación de la CSP constituido por médicos y soluciones aportadas enfermeras, llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de pacientes ingresados en dos unidades. El equipo elaboró y consensuó un manual de recogida de datos. la medición se hizo por observación directa del color de la pulsera del paciente y auditoría de historias clínicas (anamnesis y prescripción médica y valoración enfermería). Los resultados del estudio fueron presentados y analizados en la CSP y serán difundidos a los servicios implicados.

Resultados obtenidos.

Un total de 55 pacientes fueron estudiados, el 98,8% tenían la pulsera identificativa. Entre los resultados destacan: un 18,2% eran pacientes identificados como alérgicos (portadores de pulsera roja), de estos en un 30% no constaba esta información en el registro médico, en un 10% no constaba en el registro de enfermería y en un 40% no constaba en el programa de prescripción electrónica. Los pacientes identificados como no alérgicos fueron registrados como alérgicos en el registro médico y enfermero en un, 2% y un 2,3%, respectivamente.

Lecciones aprendidas.

Este estudio preliminar nos ha ofrecido información complementaria sobre el grado de concordancia de la información relacionada con las alergias del paciente . Se observa que la concordancia entre el color de las pulseras y la anamnesis médica y la valoración de enfermería es alta.Si bien en un 40% de los pacientes de los identificados como alérgicos no queda recogida esta información en la prescripción electrónica. Mejorar esta fuente de información puesto que la hoja de prescripción electrónica constituye una alerta de alergia muy útil.

C-405

COMO MEJORAR LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

BENÍTEZ MERELO, D; SÁNCHEZ BLANCO, J; GONZÁLEZ BARBERO, E; HIDALGO ESCUDERO, J; RAMÍREZ LASARTE, F Y QUIRÓS GIRÁLDEZ, M. DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Palabras Clave: Surgical, Safety, Checklist, Minor Surgery

RESUMEN

Contexto de partida.
La mejora de la seguridad del paciente en Cirugía Menor es un objetivo prioritario para el Grupo de Mejora de Cirugía Menor del Distrito Sanitario Sevilla Sur (DSSS) pero carecemos de un proceso sistematizado y conocido por todos para abordarla.
Descripción del problema/necesidades.
En cirugía menor (cm), carecemos de instrumentos que faciliten una práctica segura y, dado que la mejora de la seguridad del paciente forma parte de los objetivos estratégicos de nuestro Grupo de Mejora de Cirugía Menor (GMcm) y de nuestra Organización, nos propusimos la tarea de identificar una serie de elementos cuya verificación mejore la seguridad del paciente y que se centran, esencialmente, en la correcta identificación del paciente, de la lesión a tratar, toma de precauciones frente a posibles reacciones adversas, identificación de alergias medicamentosas, riesgo excesivo de sangrado y detección de circunstancias del paciente asociadas a un riesgo inadecuadamente elevado para ser intervenido en cm.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto comenzó a gestarse en la UGC de Montequinto, siendo acogido por el GMcm del DSSS. A partir del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS, nos planteamos el diseño de un Listado de Verificación de Seguridad en cirugía menor (LVScm), esencialmente dentro de la Atención Primaria (AP). Simultáneamente, el proyecto fue presentado al Observatorio para la Seguridad del Paciente del SSPA en el mes de marzo, como paso esencial para un rigurosos análisis y eventual difusión posterior.
Resultados obtenidos.
Se ha diseñado un LVScm, basado en el Listado de Verificación de Seguridad de Cirugía de la OMS adaptado a las necesidades y realidades de la AP. Se ha implantado como objetivo específico de libre elección en tres UGC de nuestro Distrito, comenzando a utilizarse en el mes de mayo. Así mismo, dos médicos de familia del DSSS se han incorporado en el mes de abril al Grupo de Trabajo para el desarrollo e Implantación del Listado de Seguridad quirúrgica en el SSPA (ACSA).
Lecciones aprendidas.
En AP es posible y necesario desarrollar instrumentos específicos que mejoren la seguridad del paciente. Este proyecto, iniciado en una UGC, ha contado con un apoyo decidido por parte de nuestra Gerencia, facilitando su presentación a Instituciones de prestigio como el Observatorio para la Seguridad del Paciente. Entendemos que una herramienta de calidad, aunque se inicie en una estructura asistencial básica, puede ser puesta en un breve tiempo a la disposición de la organización para que en un tiempo reducido el mayor número posible de pacientes puedan beneficiarse de ella.

C-406

INSTRUMENTOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN CIRUGÍA MENOR

BENÍTEZ MERELO, D; SÁNCHEZ BLANCO, J; FABIANI RODRÍGUEZ, F; GONZÁLEZ BARBERO, E; GUZMÁN PUEYO, P Y SUÁREZ SÁNCHEZ E. DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Palabras Clave: Surgical, Safety, Checklist, Minor Surgery

RESUMEN

Contexto de partida.
La mejora de la seguridad del paciente en Cirugía Menor forma parte de los objetivos estratégicos del Grupo de Mejora de Cirugía Menor (GMcm) del Distrito Sanitario Sevilla Sur (DSSS), pero carecemos de instrumentos facilitadores para alcanzar dicho objetivo.
Descripción del problema/necesidades.
En cirugía menor (cm) carecemos de instrumentos que faciliten una práctica segura por lo que nos planteamos la generación de instrumentos destinados a sistematizar la recogida de información destinada a la mejora de la seguridad del paciente y, por otra parte, de otros instrumentos y estrategias que puedan facilitarla la implementación de las nuevas prácticas, mediante un adecuado proceso de aprendizaje y difusión dirigido prioritariamente a los profesionales que realicen actividades de cm.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto, iniciado en la UGC de Montequinto, es asumido como objetivo estratégico por el GMcm del DSSS. Tras la valoración del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS y de su documentación adjunta entendimos que era necesario diseñar instrumentos similares pero adaptados a las características específicas de la cm. Este proyecto global de mejora, con sus instrumentos asociados, ha sido acogido por el Observatorio para la Seguridad del Paciente en el pasado mes de marzo a fin de proceder a su análisis.
Resultados obtenidos.
Diseño de un Listado de Verificación de Seguridad en Cirugía Menor (LVScm), un manual de utilización, un documento aportando estrategias facilitadoras para la implantación del LVScm y una videograbación ilustrativa de su uso, simulando las condiciones reales de trabajo, con la participación de profesionales que realizan actividades de cm. En el ámbito asistencial, el LVScm ha comenzado a utilizarse en el mes de mayo en tres Unidades de Gestión Clínica del DSSS. El próximo mes de junio se realizará en la sede de nuestro DSSS la primera sesión dirigida al conjunto de profesionales que realizan actividades de cm para lo que estimamos será especialmente útil nuestra videograbación.
Lecciones aprendidas.
En AP es posible y necesario desarrollar instrumentos específicos que mejoren la seguridad de los pacientes. El apoyo explícito de la Dirección-Gerencia al GMcm ha sido esencial para facilitar el desarrollo y difusión de este Proyecto que, inicialmente concebido como un instrumento de mejora de la Seguridad para la UGC de Montequinto, puede traspasar el ámbito del DSSS para convertirse en un elemento útil para el conjunto de la Organización, dado que contiene el conjunto de herramientas imprescindibles para su puesta en práctica.

C-407

AUDIOVISUAL SOBRE EL LISTADO DE VERIFICACIÓN EN SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA MENOR

BENÍTEZ MERELO, D; FABIANI RODRÍGUEZ, F; CASADO PÉREZ, G; GIL FERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ GUISADO, P Y SÁNCHEZ BLANCO, J.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Palabras Clave: Audio-Visual, Surgical, Safety, Checklist, Minor Surgery

RESUMEN

Contexto de partida.

En Atención Primaria, carecemos de instrumentos que faciliten el aprendizaje y difusión de instrumentos tendentes a la mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la cirugía menor (cm).

Descripción del problema/necesidades.

En cirugía menor (cm) carecemos de instrumentos que faciliten una práctica segura por lo que nos planteamos la generación de herramientas que mejoren la seguridad de los pacientes por un lado y de un documento audiovisual que nos permita facilitar el aprendizaje y difusión de dichos instrumentos.

Adicionalmente, los pacientes desconocen que existen procedimientos que pueden evitar o minimizar la incidencia de eventos adversos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto, iniciado en la UGC de Montequinto, es asumido como objetivo estratégico por el Grupo de Mejora de Cirugía Menor (GMcm) del Distrito Sanitario Sevilla Sur (DSSS). Tras proceder a adaptar el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS para la cirugía menor (LVScm), nos planteamos elaborar un guión sobre un caso típico de cm para, posteriormente, realizar un audiovisual que explicara detalladamente, cómo se utiliza el LVScm, con una paciente simulada, en una consulta de cirugía menor de un centro de salud.

Resultados obtenidos.

Elaboramos un guión en el que estuvieran representados una paciente simulada, médicos de familia y una auxiliar de enfermería, siendo esta última la profesional encargada de realizar la verificación de seguridad. Todos los profesionales pertenecen a la misma unidad (UGC de Montequinto). Un tercer médico de familia era el encargado de efectuar las tareas de dirección junto con un técnico en imagen y sonido.

Este instrumento no sólo puede facilitar la implementación del LVScm sino que puede permitir, mediante su difusión en los propios centros sanitarios, información a los pacientes que les permita conocer cómo pueden beneficiarse de una atención más segura.

Lecciones aprendidas.

Con imaginación y esfuerzo, nos hemos demostrado a nosotros mismo que en AP se pueden desarrollar herramientas eficaces destinadas a facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades destinadas a la mejora de la seguridad de los pacientes.

C-408

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA DE UN AUDIOVISUAL SOBRE SEGURIDAD EN CIRUGÍA MENOR

FABIANI RODRÍGUEZ, F; BENÍTEZ MERELO, D; JIMÉNEZ MONTAÑEZ, S; CASADO PÉREZ, G; GIL FERNÁNDEZ, R Y SÁNCHEZ BLANCO,J.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Palabras Clave: Hearing Disability, Accessibility, Audio-Visual, Safety, Minor Surger

RESUMEN

Contexto de partida.

En Atención Primaria, a la hora de llevar a cabo iniciativas de difusión de información a pacientes, es importante velar por una buena accesibilidad a diferentes colectivos como el de las personas con discapacidad auditiva (DA).

Descripción del problema/necesidades.

En cirugía menor (cm) nos planteamos la generación de herramientas que mejoren la seguridad de los pacientes y de un documento audiovisual que nos permita facilitar el aprendizaje y difusión de dichos instrumentos tanto entre los profesionales como entre los pacientes. Para poder extender dicho audiovisual a un colectivo como el de las personas con DA es necesario adaptarlo y hacerlo accesible a ellos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto, iniciado en la UGC de Montequinto, es asumido como objetivo estratégico por el Grupo de Mejora de Cirugía Menor (GMcm) del Distrito Sanitario Sevilla Sur (DSSS). Nos planteamos realizar un audiovisual, accesible para personas con DA, que explicara detalladamente, cómo se utiliza el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS para la cirugía menor (LVScm). Para hacerlo accesible, el audiovisual irá subtitulado e interpretado en lengua de signos española (LSE).

Resultados obtenidos.

A la hora de llevar a cabo la elaboración del guión así como la grabación del audiovisual se tuvo presente que iba ser traducido a la LSE. Además, una vez llevada a cabo la edición y montaje del audiovisual, se contactó con un intérprete de LSE a quien se grabó para, en la edición definitiva, incorporarlo al audiovisual junto al subtitulado íntegro del audio. Este instrumento puede permitir, mediante su difusión en los propios centros sanitarios, información a los pacientes con DA que les permita conocer cómo pueden beneficiarse de una atención más segura.

Lecciones aprendidas.

Una vez comenzado el camino para desarrollar una herramienta de información a profesionales y pacientes, con un pequeño esfuerzo añadido, hemos comprobado que podemos mejorar su accesibilidad a colectivos de personas discapacitadas.

C-409

CALIDAD EN EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTE CRÍTICO

MORAL PEREDA, ROGER; ROBLES CARRIÓN, JOSE; VEGA VÀZQUEZ, FRANCISCO JAVIER Y CASTILLA MORO, LOURDES.
H.U.VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Calidad, Transporte, Intrahospitalario, Registro, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolló en la Unidad de Cuidados Intensivos, adscrito al servicio de cuidados críticos y urgencias. Dicho trabajo estuvo asesorado y supervisado por la Unidad de Investigación del Hospital Virgen Macarena. En este circuito, además de realizar una revisión bibliográfica, se tuvo en cuenta la experiencia profesional, no sólo del personal de enfermería, sino que hubo un consenso y una coordinacion importante con el personal facultativo de la unidad de críticos.
Descripción del problema/necesidades.
No existia un registro ni un protocolo anterior, necesidad de cuantificar los incidentes criticos, el riesgo en los traslados es elevado, mejorar calidad y seguridad del paciente en el traslado, sobrecarga asistencial, gran cantidad de traslados y tiempos. Se consigue aumentar la calidad y la seguridad en el traslado. Observacion en la asistencia diaria, de incidentes criticos. Sondeo entre los profesionales en un mes del numero de traslados y el numero de incidentes criticos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Detectamos unas necesidades, realizamos revision soluciones aportadas bibliografica, justificamos necesidad del protocolo y registro, desarrollamos nuestro objetivo de mejora de la calidad aplicando una metodología. Se presenta a los profesionales(multidisciplinar) mediante sesiones de formacion continuada, y a continuacion se pilota la hoja de registro.
Resultados obtenidos.
Se realiza un transporte intrahospitalario siguiendo una secuencia de actuación logica, segura, ordenada, estandarizada que permitiese un procedimiento mas eficaz, de calidad y seguro para el paciente, evitando la aparicion de situaciones indeseables, y mejorando la solucion de los problemas detectados. Actualmente se esta cuantificando mediante la hoja de registro. Reticencias a la hora de realizar el nuevo registro, necesidad de formacion de los profesionales que implica un cambio de cultura.
Lecciones aprendidas.
La necesidad de formacion y seguimiento de un protocolo o circuito de actuación, con un registro que ayuda a minimizar los incidentes y aumenta la calidad y seguridad del paciente y la capacidad de respuesta de los profesionales.
El registro se convierte en un nuevo indicador de calidad en el enfermo crítico que refleje la realidad, y que sea util para identificar situaciones en las que se podría mejorar la calidad de la asistencia.
La instauracion de un protocolo y un registro adecuado incide en la calidad y seguridad.

C-410

INDICADORES DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

CANDELA FUSTER, C; LÓPEZ RAMÍREZ, E; ARANTAVE, E; BARRENECHEA, Mª LUISA; BENÍTEZ BORREGO, J.A. Y POLVILLO VERDUGO, C.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Indicador de Calidad, Pruebas Diagnosticas, Seguridad,

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en las unidades de apoyo al diagnóstico, tales como: laboratorio de bioquímica y hematología, unidad de radiodiagnóstico, farmacia y medicina nuclear.
Descripción del problema/necesidades.
Los indicadores de calidad parecen estar reservados a areas de hsopitalizacion donde la atencion con el paciente es mas directa y continua. Desde el bloque de apoyo reivindicamos la importancia de medir y monitorizar determinados aspectos de la atencion que prestamos para garantizar la calidad de esos cuidados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creo un grupo de mejora de cada una de las unidades, un equipo multidisciplinar donde participaron enfermero, tecnico de laboratorio, tecnicos de radiologia, medicos y auxiliares de enfermeria. En la primera fase de valoracion y diagnostico determinamos aquellos indicadores sobre los que empezar a trabajar. En una segunda fase de planificacion se elaboraron las fichas de cada uno de ellos y se planifico la implantacion y operativizacion de cada uno de ellos. En la tercera fase de implementacion de pone en marcha el plan. En la cuarta fase se evalua el resultado de los mismos. Los indicadores implementados son: demora en ecografia, ansiedad en mamografia, repeticion de estudio radiologico, trazabilidad de las bolsas de sangre, errores subsanables en la recepcion de muestras de sangre, etc.
Resultados obtenidos.
Se miden cada uno de los indicadores, se amplia la zona de implantacion dado el resultado obtenido. La implicacion de todos los profesionales es progresiva, de manera que finalmente todos participan. La monitorizacion de estos indicadores pemritira establecer un estandar y poner en marcha plan de mejora en el caso en que sea necesario.
Lecciones aprendidas.
Los indicadores de calidad deben estar presentes en todas y cada una de las actividades que realizamos. Estos nos van a permitir incidir directamente en la seguridad de los cuidados prestados.Las unidades de apoyo al diagnostico, que en muchas ocasiones son las grandes olvidadas deben sin ninguna duda trabajar del mismo modo.

C-411

JORNADAS MULTIDISCIPLINARES COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN Y PLAN DE MEJORA

CANDELA FUSTER, C; LÓPEZ RAMÍREZ,E; FLORES, J; ROMERO BRIOSO,C; ÁLVAREZ, E Y VILLAR, A.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Multidisciplinar, Ulceras por Presión,

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realiza impulsado por el Hospital Virgen Macarena y su área hospitalaria dentro de un plan integral para la prevencioón de úlceras por presión y heridas crónicas. Se implicaron tanto profesionales de atención primaria como de especializada y de distinta categoría (internistas, enfermeros, podólogos, cardiovasculares, endocrinólogos, cirujanos...)

Descripción del problema/necesidades.

Pretendemos crear un for en el que todos los agentes implicados en la prevencion y tratamiento de ulceras por presion y heridas cronicasesten representados, y planteemos los problemas encontrados en el desarrollo de nuestro trabajo. La continuidad asistencial nos obliga a establecer medios de comunicacion entre ambos niveles, al mismo tiempo que se aborda con un carcter multidisciplinar y de equipo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se programan unas jornadas, en principio de caracter andaluz, pero a la que se sumasn otras muchas comunidades. Las lineas tematicas propuestas por el comite cientifico son: pie diabetico, continuidad asistencial, evidencia e investigacion y tratamiento y presion de ulceras por persion y heridas cronicas.

Resultados obtenidos.

Se recibieron 175 trabajos, 35 fueron expuestos en formato de comunicacion oral. Se organizaron cinco mesas redondas, una de cada unidad tematica, asi como 5 ponenecias con expertos de las distintas materias. Las conclusiones de dichas jornadas son:

1. La necesidad de incluir la figura del podologo en el equipo mutidisciplinar de atencion al pie diabetico
2. La importancia de no caer en el radicalidad de la evidencia ni de la cientificidad
3. La cirugia cardiovascular versus amputaciones.

Todas las conclusiones seran presentadas al delegado de la consejeria de salud, asi como la la gerente del area, ya que asi lo han solicitado.

Tenemos el apoyo institucional para implantar las medias necesarias tras las conclusiones obtenidas.

Lecciones aprendidas.

Las jornadas o encuentro entre los distintos profesionales ha permitido que se quiera alcanzar nuevas metas. Escuchar al “otro” abre nuevos caminos y lineas de trabajo. Queremos transmitir las conclusiones obtenidas en estas jornadas, asi como la utilidad de las mismas como medio de comunicacion.

C-412

CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD

BAEZA RANSANZ T*; MAS RUBIO D; MOLINA RUIZ A Y OBRADORS SORIANO F.
FUNDACIÓN ALTHAIA

Palabras Clave: Cultura, Seguridad, Paciente, Indicadores, Participación

RESUMEN

Contexto de partida.

Althaia es una fundación que da servicio integral a las personas en el ámbito sanitario y social. Somos una red asistencial de referencia para 225.000 habitantes del ámbito territorial de Manresa (Barcelona). Actualmente disponemos de 457 camas de agudos, 51 privadas, 150 de atención a la dependencia, 2 aéreas básicas y un área de Salud Mental.

Trabajan 539 Diplomados de Enfermería y 361 auxiliares, entre otros profesionales, los de mayor implicación en el proyecto de cultura de seguridad son los Diplomados/as del área del hospital de agudos.

Descripción del problema/necesidades.

Cómo crear una cultura de seguridad para reducir la génesis de los eventos adversos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para crear el marco de actuación adecuado el compromiso de los líderes es indispensable. En nuestra institución, la dirección de Enfermería hace una apuesta hacia la seguridad del paciente con la participación de “todos” los profesionales, el objetivo es generar un clima de confianza, sensibilización e implicación para la mejora de los resultados.

Haciendo uso de la gestión por Objetivos, cada mando intermedio de enfermería determina, previa negociación, una enfermera responsable de cada uno de los indicadores de calidad que se evalúan en su servicio.

El objetivo anual de esta enfermera responsable del indicador consiste en recoger los datos relacionados, analizarlos en grupo con el resto de enfermeras responsables del mismo indicador, planificar las acciones de mejora i difundirlas al resto de su equipo. La gestión de todas las enfermeras responsables de indicadores la realiza la Coordinadora de Calidad.

Resultados obtenidos.

Durante el año 2008, 38 enfermeras/os han sido responsables de indicadores de calidad, en relación a los datos obtenidos el año anterior se han mejorado los resultados de 13 de los 18 indicadores monitorizados, lo que correspone al 72% de mejora en la reducción de los eventos adversos relacionados con los procesos de cuidados de enfermeria.

Lecciones aprendidas.

•Con la participación de las enfermeras en la evaluación de los indicadores hemos conseguido una mayor implicación y una mejora de los resultados.

•La transparencia en los procesos y los resultados ha creado un clima de satisfacción general. •El liderazgo participativo con delegación de funciones ha sido útil para estimular a los profesionales a liberar nuevas energías.

C-413

INCIDENCIAS EN LA PREPARACIÓN DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS.

MARTÍN LOZANO, R.; ROMERO PAREJA, Mª.D.; LÓPEZ LÓPEZ, Mª D.; INIESTA SÁNCHEZ, J.; SÁEZ SOTO, A.R. Y VÁZQUEZ VILLA, I.
H.G.U REINA SOFÍA

Palabras Clave: Preoperatorio, Evaluación, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de quirófano de ginecología de HGU Reina Sofía de Murcia, profesionales de enfermería, coordinadas por la supervisión de área de Calidad de enfermería, y responsable de docencia. Con la implicación de CMA y unidad de hospitalización quirúrgica de ginecología.
Descripción del problema/necesidades.
Se detectan incidencias susceptibles de ser modificadas que interfieren en el preoperatorio inmediato del paciente, incrementando el tiempo de espera, repercuten en la preparación para la intervención a que se va a someter, y derivan de la implementación de los procedimientos preoperatorios de nuestro centro: " Acogida de un paciente ambulatorio en el área quirúrgica" , "Procedimiento de enfermería en el preoperatorio" y la hoja de protocolo quirúrgico incluida en la historia clínica. Técnica de lluvia de ideas y análisis de los procedimientos de enfermería de las unidades de estudio, relacionados con la preparación del paciente quirúrgico. Criterios a analizar: C1:paciente desnuda, con gorro y calzas al área quirúrgica . Excepción: cirugía menor,llevará bata desechable, y ropa interior, sin calcetines, ni ropa de calle. C2:presenta higiene adecuada. Aclaración: limpio y aseado, y se ha retirado el maquillaje. C3:no porta las uñas pintadas. C4:rasurado de la zona quirúrgica según procedimiento. C5:retirado joyas y prótesis. C6:ayunas. C7:administrado el enema según procedimiento.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis de Calidad científico-Técnica y accesibilidad, datos de proceso.Fuente de datos: pacientes e historia clínica.
Evaluación Interna: observación directa, entrevista y cumplimentación de registros. Marco muestral: pacientes sometidos a intervención quirúrgica entre 02/03/09 y 30/04/09. Se ha medido el tiempo de demora en el preoperatorio inmediato, calculando su media y desviación Standard.
Resultados obtenidos.
68% cumple todos los criterios, 85% se ha rasurado correctamente, 96% higiene adecuada, 97% se han retirado los complementos, 96% se ha retirado la ropa y 92% no presentan esmalte de uñas. Tiempo medio de demora entre 0 y 30 minutos, media 15±5,3 minutos. Resto de criterios se cumplen en un 100%.
Lecciones aprendidas.
La evaluación de los procedimientos evidencia un margen de mejora de un 32%. Tiempo medio de demora entre 0 minutos de aquellos pacientes que cumplían todos y los 30 de máximo para aquellos que incumplían varios de los criterios, siendo la media de 15 minutos, Para la mejora del indicador es preciso realizar un feed-back a las unidades quirúrgicas y CMA para el inicio de acciones de mejora.

C-414

INFLUENCIA DE INCENTIVOS EN LA EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS: SEGURIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

SÁNCHEZ LINARES, A; PEÑALBA NOVO, MªC Y CARVAJAL SALGUERO, MªJ.
HOSPITAL DE SANTA CREU I SANT PAU. BARCELONA

Palabras Clave: Indicadores, Evaluación, Cuidados, Enfermería, Objetivos

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital de la Sta Creu i Sant Pau los cuidados de enfermería se evalúan mediante un sistema de monitorización. Las supervisoras difunden los resultados de indicadores a las enfermeras. En 2007 se implanta un sistema de "Retribución Variable por Objetivos" (RVO) para Enfermería. Partiendo del sistema de monitorización, los responsables de Àrea definen objetivos para sus unidades. Los indicadores pueden ser distintos en cada unidad. Todas las enfermeras conocen los indicadores a valorar, su estándar e inclusión en RVO.
Descripción del problema/necesidades.
Es controvertido que la RVO mejore resultados sobre los pacientes, pero planteamos: Conocer la evolución de los resultados de indicadores de 6 Cortes de Prevalencia(CP):3 Pre y 3 Post-RVO y si hay cambios, conocer si pueden atribuirse a la RVO.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis de resultados de 6CP.Indicadores:1:Pacientes identificados.2:Valoración riesgo lesiones presión (LPP).3:Valoración dolor.EVA.4:Informe Alta.5:Recomendaciones Alta.6:Prevención LPP.7:Valoración riesgo caídas.8:Prevención caídas. Análisis descriptivo e inferencial mediante ANOVA de 1 o 2 factores: tiempo y RVO.
Resultados obtenidos.
Se plantearon en cada CP 192 indicadores. De ellos, el total de evaluados por CP y sus resultados fue:Pre-RVO:May06:117(76,71%).Nov06:120(76,27%). May07:136 (78,74%).Post-RVO:Nov07:138 (86,88%).May08:188(80,93%). Nov08:184(86,45%). 104 indicadores coincidieron en 6CP. Los resultados muestran una significación $p<0.01$ con el factor tiempo, y en sentido de un mayor cumplimiento. En el anàlisis de los resultados de 3CP con indicadores que siguen 3 patrones diferentes (P1,P2,P3), según si se incluyeron o no en RVO (P1:Indicadores no incluidos en RVO en ningún CP; P2:Indicadores Incluidos en RVO sólo en un CP y P3:Indicadores incluidos en RVO en los 3CP), no se observa significación para el factor tiempo, sí para el factor patrón ($p<0.001$), y así mismo, para la interacción tiempo/patrón, que indicaría una evolución distinta según el patrón, siendo $p<0.012$, cuando los indicadores se habían incluido en RVO y en todos los CP .
Lecciones aprendidas.
A nivel global se ha producido un discreto aumento en los resultados y concretamente en los indicadores cuya evaluación coincide en los 6CP, ya que su evolución ha sido positiva, significativa en el tiempo y con mayor aumento en los CP Post-RVO. Además,con mayor significación cuando todos los indicadores y en todos los CP han estado ligados a RVO. La inclusión de indicadores en RVO ha colaborado en la mejora de los resultados, aun así, no creemos oportuno aplicar incentivo económico para mejorar la calidad de cuidados.

C-415

EVALUACIÓN DEL RIESGO EN LA ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS EN LA UNIDAD DE DÍA DE ONCOLOGÍA.

IZQUIERDO PÉREZ, Y.; MARTÍNEZ HOLGUIN, M.; FLORES CABALLERO,L.J.; ASENJO JIMÉNEZ, J.M.; CORTÉS MACÍAS, G. Y GONZÁLEZ HINOJOSA, F.
ÁREA HOSPITALARIA DE VALME

Palabras Clave: Seguridad, Amfe, Riesgo, Oncologia, Citostatico

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Día de Oncologia Hospital del Tomillar. Área Hospitalaria de Valme.
Descripción del problema/necesidades.
Se denominan "medicamentos de alto riesgo" aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves e incluso mortales, cuando se produce un error en su utilización.Dentro de la lista elaborada por el ISMP, se encuentran los citostáticos administrados tanto de forma oral como intravenosa.En la Unidad de Día de Oncología de nuestro hospital se administran estos fármacos, y debido al nº elevado de pacientes que se tratan, a la diversidad de citostáticos y a la complejidad de los tratamientos, hemos considerado que era necesario disponer de una lista de posibles fallos que puedan surgir durante el proceso en la administración de un tratamiento, para incluir un área de mejora,evitando así los efectos negativos que pueden afectar a la seguridad de estos pacientes.Para ello se utilizó como técnica la realización de un AMFE, para disponer de una lista valorada de los problemas que nos podemos encontrar y así centrar nuestro esfuerzo en actuar sobre lo que conlleva más riesgo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un AMFE de los subprocesos que conllevan la administración de citostáticos. Se formó un grupo multidisciplinar que analizó los riesgos, estableció una lista de problemas y propuso áreas de mejora.
Resultados obtenidos.
Se obtuvo una lista de problemas y se estableció la prioridad de acuerdo al IPR de cada uno. Se propusieron áreas de mejora , se volvió a realizar el AMFE. y se comprobó que, con las mejoras propuestas, había disminuido el IPR de los problemas previamente detectados.
Lecciones aprendidas.
A través de la lista de problemas obtenida, se pueden establecer procedimientos específicos para esta unidad, encaminados a incrementar la seguridad de este tipo de pacientes, y a su vez se pueden aplicar a la administración de otro tipo de medicamentos de alto riesgo.

C-416

PROGRAMA KURCHATOVIO: CONTROL DE CALIDAD-SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UGC DE MEDICINA NUCLEAR. H.U.SAN CECILIO. GRANADA .

NIETO SERRANO R.; BECERRA GARCÍA D.; CARRERO LÉRIDA MJ.; ORTIGOSA GARCÍA JC.; PÉREZ MALDONADO E. Y GARCÍA PEINADO E.
H. UNIVERSITARIO SAN CECILIO. UGC MEDICINA NUCLEAR

Palabras Clave: Calidad Asistencial, Seguridad, Medicina Nuclear

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente trabajo ha sido, es realizado y está en proceso constante de mejora continua, en la UGC de Medicina Nuclear, del H.U. San Cecilio de Granada, en colaboración con el Servicio de Informática del citado centro. En él participan Facultativos Especialistas, Personal de Enfermería y Técnicos de Imagen, así como Técnicos en Informática.
Descripción del problema/necesidades.
Kurchatovio, nació para dejar constancia por escrito y protocolizar, problema/ todos los actos asistenciales, realizados al paciente, desde su llegada necesidades para citación, hasta su salida de la Unidad, con la exploración realizada.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La primera versión del programa, vio la luz en Enero-1998, y se ha sometido a diversas actualizaciones hasta el día de hoy, adaptándose así a los estándares de calidad y criterios de seguridad del paciente. Se encuentra integrado con el Módulo Informático de Citación de Pacientes y con la Historia Digital del usuario, en la cual quedan recogidos nuestros informes e imágenes. De forma esquemática este proceso informático incluye: -Citación del paciente -Conformidad o no conformidad de la exploración a realizar al paciente por parte del Facultativo responsable, a tenor de la solicitud realizada por el clínico (con indicación de exploración, radiofármaco a utilizar, dosis del mismo, vía de administración, día de administración, día de adquisición de imágenes, gammacámara a utilizar, etc..); y en caso de no conformidad, se expone el motivo. -Aparición del listado de pacientes confirmados en la Radiofarmacia de nuestra Unidad, para la correcta preparación de las monodosis, que se dispensan etiquetadas con la filiación del paciente, radiofármaco y actividad del mismo. -Recepción del paciente en nuestra Unidad (enfermero que le atiende, hora de llegada, información facilitada, historia básica, …). -Fase de administración del radiofármaco (enfermero responsable, radiofármaco administrado, dosis, vía de administración, anotación de incidencias, …) -Fase de adquisición de la exploración (enfermero y/o técnico responsable, gammacámara utilizada, incidencias, …). -Emisión del Informe (fecha, hora, facultativo,...). -Explotación de la aplicación.
Resultados obtenidos.
Kurchatovio, es una herramienta informática que refleja fielmente, y deja constancia por escrito en soporte informático, la atención prestada al usuario en nuestra Unidad, de una forma integral e integrada, minimizando al máximo los errores en la gestión integral del paciente, así como definir las áreas concretas de competencias y los profesionales responsables.
Lecciones aprendidas.
Lo que no está por escrito y registrado, no existe.

C-417

ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO DE INCIDENCIAS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

RANCAÑO RODRÍGUEZ, I; ORTEGA SOLÍS, N; MARTÍNEZ ÁLVAREZ, A ; ÁLVAREZ-CUERVO SUÁREZ, L; DÍEZ CAÑIBANO, S Y BLANCO QUIRÓS, B.
HOSPITAL MONTE NARANCO

Palabras Clave: Historia Clinica Electrónica, Seguimiento, Errores

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Monte Naranco, con 230 camas y especializado en la atención geriátrica, con Historia Clínica Electrónica (HCE) desde Marzo de 2007. Profesionales sanitarios y pacientes.

Descripción del problema/necesidades.
Objetivo: Identificar las incidencias de la HCE (errores de programa y uso inadecuado del mismo) para evitar y/o mitigar los errores en el paciente Herramientas de análisis: a) HCE (Selene Versión 4.2, Siemens) y Servidor Dominio Selene b) PC (portátiles y fijos) con sistema wifi y cableado c) Formulario de comunicación interna de incidencias.

Desarrollo y soluciones aportadas
El desarrollo del proyecto se basa en un ciclo PDCA, mediante el rediseño del proceso y comunicación de incidencias. Como método de actuación, el análisis y clasificación de las incidencias, normalización, documentación y establecimiento de un circuito de tratamiento de las mismas, a nivel estratégico y operativo. Profesionales implicados: a) Unidad de calidad: DUE de seguimiento de la HCE b) Gerencia del HMN c) Comisión de seguimiento de la HCE d) Servicio de informática e) Informáticos de la empresa Siemens f) Usuarios del programa Difusión del proyecto: Notificación de las incidencias de la HCE a los implicados. Cronograma: Entre los años 2007 y 2009

Resultados obtenidos.
Se recogieron 284 incidencias: a) Técnicas, 182 (64,1%): Dificultad de cobertura de red Wifi, Averías de periféricos, Bloqueo de acceso al dominio Selene. b) Errores del programa/ sistema, 55 (19,4%): Prescripción Electrónica, PAE/Cuidados. c) Mal uso del sistema Informático, 23 (8,1%) d) Otras incidencias, 8 (2,8%) e) No caracterizadas, 16 (5,6%) Acciones correctivas: 1. Formación in situ en el uso adecuado de la HCE 2. Introducción de parches para la solución de los errores del sistema (93 parches) 3. Solución problemas técnicos: wifi, cableado, etc 4. Reuniones periódicas de seguimiento de la HCE (28) Nuevas necesidades detectadas: Mejor retroalimentación del personal (formación e información de los usuarios de la HCE)

Lecciones aprendidas.
A) La HCE exige un seguimiento y análisis de las incidencias detectadas B) Su análisis permite identificar las incidencias y las soluciones a las mismas C) La mejora de los circuitos de recogida de incidencias, permite dar solución más eficaz y eficiente a las mismas
Se debe mejorar el circuito establecido en un principio por el hospital, para la recogida de incidencias.
Es necesario el seguimiento no solo de la confidencialidad y seguridad en el tratamiento de datos, además requiere comprobar la autenticidad y conservación de todos y cada uno de los datos de salud del usuario.

C-418

DESARROLLO DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN O CHECK LIST EN CIRUGÍA EN UN HOSPITAL DOTADO DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

ORTIZ OTERO MM; ; LA BLANCA, MS; OLARRA J; LONGARELA A; GÓMEZ IBÁÑEZ, Y MARINERO ROJAS, O.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Cirugía, Prácticas, Seguras, Quirófano, Listado, Comprobación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Área de Calidad y Anestesia del Hospital y han participado todos los profesionales relacionados con el quirófano, reanimación y calidad.

Descripción del problema/necesidades.
La seguridad en cirugía es, según la OMS, un problema de salud problema/ pública por el elevado uso de la cirugía en la atención sanitaria, el alto necesidades potencial de efectos adversos relacionados con los procedimientos quirúrgicos son prevenibles. Dentro del hospital, el quirófano es donde se concentra un mayor número de efectos adversos (EA). Por ello se fija como objetivo: Desarrollar de un listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital con historia clínica electrónica (HCE). Dicho listado debe ser compatible e integrable en la aplicación informática, común a todos los hospitales informatizados de la Comunidad de Madrid.

Desarrollo y soluciones aportadas
Se crea un grupo multidisciplinar de expertos y con predisposición soluciones aportadas positiva con el proyecto y conocimiento de la metodología de trabajo. Se realizaron las siguientes tareas:
•Análisis del checklist de la OMS.
•Definir individualmente las acciones cotidianas.
•Análisis de errores (comisión y omisión) en cada uno de los pasos de cada profesional.
•Determinar los puntos de comunicación con el equipo.
•Realizar AMFE.
•Definir los riesgos más importantes o vitales en el checklist.
•Elaborar un checklist.
•Pilotaje prospectivo del checklist, comprobar viabilidad y utilidad.
•Validación retrospectivo con el checklist
•Aprobación Checklist e integración en la HCE.

Resultados obtenidos.
Se han programado todas las actuaciones y tareas necesarias para la elaboración del proyecto así como el cronograma del mismo. Se ha realizado el AMFE colectivo y elaborado el checkf list a partir del AMFE. Se ha comprobado la situación actual de la información requerida en el listado de verificación en nuestra HCE, recopilado los formularios y lugares donde actualmente se recoge la información. Y se ha comprobado la viabilidad técnica (informática) de la unificación automática de toda esa información en un único documento, evitando multiplicidad de tareas. Queda pendiente la aprobación definitiva del listado.

Lecciones aprendidas.
Existe la predisposición positiva del grupo de trabajo para la realización del listado. -Disponemos del soporte informático avanzado para la realización del proyecto y es posible su integración en toda la red de hospitales con el mismo sistema informático. -Finalmente, sí, es posible la creación de un listado de verificación de seguridad quirúrgica (check list) en un hospital dotado de historia clínica electrónica (HCE).

C-419

DESARROLLO DE UNA SEROTECA: SEGURIDAD FRENTE A PATOGÉNOS Y CALIDAD EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HEMOFILIA.

MARIA EVA MINGOT CASTELLANO; MATÍAS GARCÍA VARGAS; JOSÉ ANTONIO FERNÁNDEZ MARTÍNEZ; ANGELES PALOMO BRAVO Y ANA ISABEL HEINIGER MAZO.
HRU Carlos Haya

Palabras Clave: Hemofilia, Patógeno, Seroteca, Hemovigilancia, Farmacovigilancia, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

Este ha sido un proyecto desarrollado en el HRU Carlos Haya, UGC de Hematología. Responsables: 2 FEA responsables del área clínica de coagulopatías y 2 DUE responsables. Colaboraciones: Asociación Malagueña de Hemofilia y Baxter BioScience España.

Descripción del problema/necesidades.

Los agentes infecciosos emergentes son un aspecto básico de la hemoterapia y el tratamiento sustitutivo en hemofilia dada la capacidad de globalización y a priori alta morbimortalidad de estos patógenos. La creación de sistemas de seguimiento biológico como las serotecas, resulta del máximo interés.
Planteamos la creación y desarrollo de una seroteca de pacientes con coagulopatía, pionera en nuestro país.
Objetivos:Conocimiento del perfil viral de la población a estudio, farmacovigilancia y hemovigilancia al valorar vínculos con terapia sustitutiva y valorar cambios en la calidad de vida relacionados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Criterios selección: Padecer coagulopatía y consentimiento informado. Diseño: Aprobado por el CEIC del Hospital.Estudio observacional de seguimiento. Los sujetos no recibirán ningún tratamiento diferente del habitual. No se influirá en los hábitos de prescripción. Las muestras del paciente serán almacenadas según un protocolo definido con código númerico que asegure la trazabilidad del sistema. Los pacientes son evaluados conforme a un programa que incluye un cuestionario de calidad de vida (Hemofilia QoL A36) y detección de reacciones adversas. Evaluaciones:a la inclusión, anuales o previa a cambio de tratamiento.

Resultados obtenidos.

Tras dos años de implantación de este sistema de vigilancia con una población diANA de 130 individuos, hemos reclutado 50 pacientes de los cuales 46 son valorables, mediANA de seguimiento 14±7.15meses. El 89% de los pacientes reclutados padecen hemofilia A. La media de edad es de 25±14.6 años. El 25% reciben tratamiento con derivado plasmático. No se ha constado clínica vinculante con el virus del este del Nilo, SRAS, virus de la influenza aviar o priones. Seroconversiones (seroconversión/paciente a riesgo): VHB 4/26 (vacunas), VHA 5/34 (vacunas), VEB 3/17, CMV 1/22, HS 3/17, Parvovirus B 19 4/15. Todas sin repercusión en la calidad de vida percibida.

Lecciones aprendidas.

Las serotecas son sistemas de vigilancia epidemiológica útiles y bien aceptados por los pacientes como elemento de mejora en la calidad asistencial. Para su desarrollo e implementación se precisa una infraestructura material bien diseñada y recursos humanos comprometidos, dada la necesidad de calidad y constancia en el seguimiento y los registros, solo posible desde la motivación constante de los pacientes.

C-420

SISTEMA ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y ACONTECIMIENTOS ADVERSOS.

ORTIZ OTERO, MM; TERRÓN CUADRADO, M; ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, J; GONZÁLEZ, JM; GARCÍA PUENTE, E Y SERRANO BALAZOTE, P.
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Palabras Clave: Notificación, Eventos adversos, Sistema; confidencialidad

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo ha sido realizado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, como cumplimiento de objetivos de las líneas estratégicas del Plan Estratégico 2006-2010. En él han trabajo la Unidad Funcional de Riesgos (UFGRS) del Hospital así como profesionales sanitarios y no sanitarios (informáticos y administrativos).

Descripción del problema/necesidades.

El Hospital en Plan Estratégico 2006-2010 contempla en su cuarta línea estratégica: El logro de una asistencia segura, ágil, resolutiva, y eficiente." Dentro de esta línea se han planificado las siguientes acciones para implementar: Implantar un sistema de notificación de incidentes y de efectos adversos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Objetivo: Desarrollar e implantar un sistema de notificación de incidentes y acontecimientos adversos, de forma electrónica. El proyecto se inició a través de la comisión de seguridad del paciente (CSP), que abordó tareas de notificación de incidentes y de análisis de los mismos.
Se consulta de posibles problemas legales, del sistema de notificación de AA, así como revisar la responsabilidad legal en la que puedan incurrir los profesionales que notifican al gabienete jurídico. Viabilidad técnica, del sistema de notificación electrónico, compatible con la intranet del hospital, y la historia clínica electrónica. Diseño de la página electrónica del sistema de notificación, cumpliendo: confidencialidad, independiente, acceso al mismo por parte de cualquier profesional, no punitivo, análisis a tiempo de los incidentes notificados y capacidad e respuesta.

Resultados obtenidos.

Desarrollo de un sistema electrónico de notificación de AA, que asegure la confidencialidad necesaria a la hora de notificar. Diseño acorde con las características de la historia clínica electrónica del hospital. Acceso electrónico al sistema de notificación a todos los profesionales del hospital. Icono del sistema de notificación, disponible en todos los PCs del hospital Implicación de todos los profesionales en la iniciativa a la notificación. Capacidad de respuesta a los incidentes notificados.

Lecciones aprendidas.

Se ha fomentado la cultura de seguridad del paciente entre todos los profesionales. Desde la puesta en marcha del sistema de notificación ya se han recibido varias notificaciones, que la UFGRS ya está analizando. El diseño encaja con la cultura de la organización, en cuanto a "hospital sin papel". El sistema de notificación cuida escrupulosamente la confidencialidad del notificador.
Experiencia muy enriquecedora para todos los profesionales implicados en el diseño del sistema de notificación de incidentes.

C-421

PROYECTO DE MEJORA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACIÓN ORAL (T.A.O.)

ESTEPA MUÑOZ, M*; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Mª A; GÓMEZ MONTERO, G; SARRIÓN BRAVO, J.A; ESCUDERO BATALLA, F Y SEBASTIÁN PALOMINO, A.
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

Palabras Clave: Anticoagulación, Ciclo mejora, AMFE Encuestas satisfacción

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Área dos de Atención Primaria de Madrid con la participación de todas las enfermeras y una muestra de 6.238 pacientes atendidos.
Descripción del problema/necesidades.
Se realizó para buscar áreas de mejora: por un lado debido al gran número de pacientes que utilizan esta prestación y las graves repercusiones sobre la salud un control inadecuado .El trabajo recoge el planteamiento y ejecución de un ciclo de mejora.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El trabajo se ha desarrollado en tres fases: En la primera se realizó el soluciones aportadas diagnóstico y priorización de fallos a través de AMFE. En una segunda fase, se ponen en marcha las medidas derivadas de la anterior y se realizan encuestas de satisfacción a Responsables de TAO, a Enfermeras del Área y a pacientes incluidos en el programa. Se revisaron los resultados obtenidos en las mismas y se repitió la elaboración del AMFE
Resultados obtenidos.
Se sustituyó el sistema de medición por uno que aportara fácil manejo y almacenaje sin necesidad de frío. Había problemas con la gestión de almacenes y stock en los centros. Se creó un sistema de información específico y se habilitó un pequeño stock en los almacenes de ambas zonas.Se facilitó correo corporativo. Se organizaron cursos descentralizados para volver a dar formación sobre la técnica de punción.
Aspectos detectados en el AMFE y en los que se intervino en la fase anterior, han sido valorados como positivas por el grupo de responsables de TAO.
Resultados encuesta a pacientes: El 94,7% de los encuestados no ha tenido ningún problema en la cita. Se observa que el nivel de satisfacción por parte de los pacientes es bueno, destacando como necesidad detectada el refuerzo de Educación para la salud.
La satisfacción de los pacientes con el programa es alta. . Para este año la constitución de un grupo de trabajo especifico para la educación de pacientes anticoagulados.
La rotura de stock de los centros, ha mejorado.
Lecciones aprendidas.
Una limitación en la evaluación de la satisfacción de los pacientes ha sido la realización de la encuesta solo en el centro de salud, no se ha incluido a los pacientes atendidos a domicilio.
La aplicación del AMFE, puede estar dirigida tanto al diseño e implantación de un programa. Segmentar las encuestas para diferenciar las distintas visiones de un proceso desde distintos niveles de responsabilidad de la organización aporta información relevante para mejorar los procesos de comunicación. La utilización de cuestionarios que incluyen preguntas abiertas constituye una oportunidad de aflorar sugerencias e ideas creativas.

C-422

ÁREAS DE MEJORA IMPLANTADAS EN LAS TÉCNICAS DE PREPARACIÓN DE FÁRMACOS EN CABINA DE FLUJO LAMINAR VERTICAL (CFLV)

IBÁÑEZ TORRES, A.; PINEDO SALAZAR, M.Y.; CALVO PÉREZ, M.P.; GIL ARRAIBI, M.T.; PLAZA HERNÁNDEZ, V. Y GASZEK, A..
Hospital de Galdakao-Usansolo

Palabras Clave: Actualizacion, Seguridad Preparacion, Unificar Criterios

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo presentado se ha llevado a cabo en el servicio de farmacia del Hospital Galdakao-Usansolo participando en él el equipo completo de enfermería. El hospital abarca una población de unos 350.000 habitantes.
Descripción del problema/necesidades.
Analizar y actualizar las condiciones en las que se preparan los problema/ fármacos que requieren CFLV con el fin de implantar herramientas que necesidades sirvan para unificar las condiciones de preparación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para actualizar la información se utilizaron las fichas técnicas de los fármacos (www.agemed.es), bases de datos electrónicas (Micromedex, Stabilis) y libros sobre estabilidad editados por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Cuando no se disponía de información, se hicieron consultas directas al departamento médico de los laboratorios farmacéuticos. De cada fármaco, enfermeras y farmacéuticos, revisaron las condiciones adecuadas de reconstitución, dilución, de conservación y su estabilidad. Se hizo una puesta en común entre las enfermeras para conocer cómo estaban preparando cada uno de los fármacos.
Resultados obtenidos.
Toda la información técnica, ha quedado recogida en un documento gráfico tipo póster. En él se recogen características fundamentales de cada principio activo como: nombre esencial, si es antineoplásico o no, laboratorio fabricante, diluyente para reconstituir, en qué suero añadir, qué condiciones especiales hay que tener en cuenta en la preparación, caducidad del vial y de la mezcla, y otras observaciones relevantes cara a la preparación. Existía variabilidad entre las técnicas de preparación utilizadas y para unificar los procedimientos, se elaboró un manual de preparación, que incluye soporte gráfico y disponible en la intranet del hospital. Se han revisado 58 fármacos y realizado modificaciones en 21 referentes a: estabilidad, fotosensibilidad, dilución, conservación; añadiendo información así mismo en 16 en relación con: preparación y suero. Además se han incluido 11 nuevos medicamentos. Se completa el póster con 2 columnas nuevas: estabilidad del preparado y condiciones especiales de elaboración.
Lecciones aprendidas.
Ha quedado reflejada la importancia de revisar periódicamente nuestro trabajo para mejorar, en este caso, la calidad y seguridad de las preparaciones. Empleando atención individual en cada fármaco o presentación para EVITAR ERRORES.
Mediante este tipo de material gráfico (póster, manual) se facilita la rápida accesibilidad a la información, así como la unificación de criterios. El manual de preparación será un soporte fundamental para la capacitación del personal de enfermería de nueva incorporación.

C-423

COORDINADOS... MEJORAMOS LA ATENCIÓN

VIDAL ESTEVE, E.; GENS BARBERÁ, M.; HERNÁNDEZ VIDAL, N.; ANGLÉS SEGURA, T; PALACIOS LLAMAZARES, L y MENGÍBAR, Y.
EAP Salou

Palabras Clave: Coordinación, Trabajo en Red, Continuidad Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde el centro de Asistencia Primaria (AP) en colaboración con:hospital de referencia, unidad de complejidad y atención a la dependencia (UCAD), enfermera de enlace (EE), centro socio sanitario (CSS), equipo básico de asistencia social primaria (EBASP), servicio de voluntariado. Enfermera referente de AP (ER), trabajadoras sociales municipales y sociosanitario, (EE) y gestora de casos (GC).

Descripción del problema/necesidades.

Los cambios sociales,a causa de la inmigración,falta de recursos,falta de cuidadores informales en los domicilios,genera disconfort social que repercute directamente en la salud de nuestra población.Es prioritario actuar directamente en la comunidad y las intervenciones requieren un abordaje multidisciplinar. El trabajo en red parece un marco adecuado para asegurar la continuidad de los cuidados y mejorar el coste-eficacia de las intervenciones realizadas. Nos planteamos la necesidad de coordinarnos con otros servicios de nuestro ámbito para mejorar el seguimiento de nuestros pacientes y detectar situaciones de riesgo para la salud. Se han evaluado los resultados obtenidos a los 6 meses de implantación del proyecto

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio descriptivo,retrospectivoy transversal de los datos recogidos a partir del código de identificación en la HCAP.Creación de un circuito de recepción y derivación de la demanda.Se consensua un procedimiento de actuación:quien hace la demanda, servicio requerido,funciones de la (ER)y circuito de activación. Se realizan reuniones con servicios sociales para el seguimiento y evaluar su eficacia.Semanalmente se comunican las altas y pre-altas desde el (CSS).Con la(EE)y la(GC),el contacto se mantiene a traves del aplicativo de la HCAP.La(ER)se comunica con el equipo a traves de la HCAP con citación en la agenda.La comunicación es por correo electrónico(@),teléfono,fax,correo interno y aplicativo de HCAPinformatizada

Resultados obtenidos.

Desde enero 2009 se han realizado 40 intervenciones:document ación(10),informes sanitarios(12),ingresos residencia(9),ayuda d omicilio(4),teleasistencia(2),otros(3).Solicitudes:servicios sociale s(15),EAP(18),UCAD(1),enfermera enlace(2).Altas (CSS):exitus(6),domicilio(6).Via comunicación:@ (36),fax(3),valija(5),teléf.Seguimiento en sesión(17),seguimiento @(27).Nos planteamos ampliar alianzas

Lecciones aprendidas.

Trabajar en red permite mantener el seguimiento de casos complejos y detectar los de riesgo.Aumenta la satisfacción del cliente externo y del interno.Asegura la continuidad de la atención y aumenta la posibilidad de compartir experiencias favoreciendo la docencia e investigación multidisciplinar. Coordinados, mejoramos.

C-424

MEJORANDO LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES: EVALUACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL HOSPITAL SIERRALLANA

MORENO DE LA HIDALGA M.* ; FARIÑAS ÁLVAREZ C. ; ACON ROYO D. ; RODRÍGUEZ CUNDIN P. ; CRESPO SANTIAGO A. Y GÓMEZ MUÑOZ R. I..
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Identificación, Seguridad, Adecuación, Acción de Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Hospital Sierrallana (SCS). Se abordó desde un grupo de trabajo formado por personal facultativo, enfermería,informática y personal subalterno.

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto aborda acciones de mejora sobre la evaluación realizada en el 2007 de prevalencia y adecuación de uso de los brazaletes identificativos, por parte del personal de enfermería. Prevalencia de partida de uso del 91.4% y adecuación del 48%. Evaluación realizada por UFSP del H. SierrallAna mediante estudio observacional directo del total de pacientes correctamente identificados y la adecuación de uso del brazalete. Los periodos de estudio establecidos de observación se hacían coincidir con las horas de administración de tratamientos en las unidades de hospitalización, hospitales de día y urgencias.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se abordó el proyecto con la formación de un grupo de trabajo formado por los profesionales ya descritos en el apartado 2. Las fases del proyecto fueron: 1.Creación del grupo de trabajo. 2. Elaboración de un protocolo de identificación de pacientes. 3. Difusión del protocolo mediante reuniones con mandos intermedios, correo electrónico e Intranet. 4.Puesta en marcha del protocolo coincidiendo con la introducción en el hospital de nuevas pulseras identificativas. 5.Evaluación de resultados.

Resultados obtenidos.

Los efectos del proyecto se midieron en 2008 con la misma metodología utilizada en el año 2007. La prevalencia de uso de brazalete ha sido de 99,0%, siendo el mejor dato desde la implantación de la identificación de pacientes. Con respecto al uso del brazalete, por parte de enfermería, también ha aumentado notablemente su uso pasando del 48%, al 87,9% en 2008. Esta mejoría puede ser debida a la implantación del nuevo procedimiento de identificación y a que los brazaletes se imprimen automáticamente con toda la documentación del paciente. También, el esfuerzo realizado en la difusión del protocolo, ha podido repercutir en la mejora de la adherencia al uso del mismo. Con la puesta en marcha de las nuevas pulseras surgieron incidencias, que tuvieron que ver con el fallo de las impresoras y la calidad de los brazaletes, abordadas por el grupo de trabajo.

Lecciones aprendidas.

En todo proyecto, establecer la metodología REDER del modelo EFQM, nos ha permitido, evaluar resultados, analizarlos en profundidad, establecer acciones de mejora y evaluar de nuevo los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de dichas acciones. Una rueda que nunca cesa y que nos permite continuar con la filosofía que queremos conseguir: Ser los mejores.

C-425

LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE RIESGO SOCIOSANITARIO, EN MAYORES DE 75 AÑOS AL INGRESO EN HOSPITAL DE AGUDOS.

ACÓN ROYO, M.D; GARCÍA GONZÁLEZ, M.A; FARIÑAS ÁLVAREZ, M.C; MORENO DE LA HIDALGA, M.A Y DE FRUTOS IGLESIAS, M.I.
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Trabajo Social, Riesgo Social, Hospitalización

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado desde la Unidad de Trabajo Social (UTS) del Hospital Sierrallana. Han colaborado la trabajadora social, la U.Calidad, personal médico, de enfermería y de la Dirección.
Descripción del problema/necesidades.
Objetivo general:Mejorar el proceso de atención integral de los mayores de 75 años ingresados en un Hospital de agudos. Objetivos especificos:1.-Consolidar la detección procoz de riesgo sociosanitario en el momento de ingreso de los mayores de 75 años.2.-Garantizar el abordaje integral de los mayores de 75 años de riesgo sociosanitario.3.-Mejorar indicadores de calidad asistencial .4.-Mejorar el proceso de planificación de alta y la coordinación con A. Primaria de Salud.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio prospectivo de evaluación de indicadores de calidad asistencial y resultados del proceso de alta hospitalaria en todos los mayores de 75 años, ingresados en el Hospital Sierrallana,en los que se ha detectado la situación de riesgo sociosanitario, según los indicadores establecidos como Motivo de Interconsulta a la UTS. Desde el año 2007 el H.Sierrallana efectuado,sitemáticamente,la identificación de indicadores de riesgo sociosanitario, en todos los pacientes ingresados o atendidos en Urgencias,con a rreglo a los siguientes criterios recogidos en la hoja de Interconsulta a la UTS:SALUD Y AUTONOMIA,ATENCION EN EL HOSPITAL y NUCLEO DE CONVIVENCIA Y FAMILIA
Resultados obtenidos.
La detección y derivación realizada, principalmente por las Supervisoras,Médicos y Enfermeras encargados.Se estableció, como criterio de derivación a la UTS, cualquier persona ingresada o atendida en el S. de Urgencias,que presentase al menos un indicador de riesgo de Salud unido a otro de las otras áreas. La intervención social convierte en interdisciplinar la planificación del alta hospitalaria. Se efectuaban las necesarias acciones de trabajo interdisciplinar con el resto de profesionales del Hospital, además de acciones de coordinación con Centro de Salud de referencia,S.S, otros S.S.sanitarios, etc. El alta se concluía con la emisión del Informe Social al alta.
Lecciones aprendidas.
Las características demográficas ,sociales y sanitarias de la población, y el grupo de edad de mayor prevalencia que es objeto de atención por la UTS, con el presente estudio se intenta evaluar si el proceso de detección está realmente implantado en el Hospital.Se valorará la presencia de indicadores de riesgo sociosanitario en todos los >75 años, evaluando posteriormente indicadores de calidad asistencial y de planificación del alta hospitalaria.

C-426

ESTUDIO SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL HOSPITAL SIERRALLANA

ACÓN, M.D; AGUILERA, J.P Y DE LUCIO, P.
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Confidencialidad, información clínica, legislación

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio proyecto fis (pi061758) que analiza conocimientos, actitudes y opiniones de los profesionales sanitarios (ps) de 9 hospitales del norte de España de = ó >90 camas, entre ellos el hospital sierrallana (hsll) sobre protección de la intimidad, confidencialidad de los datos personales relativos a salud y de las condiciones de acceso a dicha información en los hospitales españoles.
Descripción del problema/necesidades.
La mejora de las prácticas sanitarias exige el desarrollo de políticas institucionales correctas que incorporen la confidencialidad como dimensión clave. El análisis de esta problemática precisa de diseños metodológicos que incluyan estudios destinados a conocer la situación real de la confidencialidad en nuestro país, y así elaborar recomendaciones y medidas efectivas para mejorar la calidad asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Desarrollo del estudio en 2008:·Abril: nombramiento de los responsables del estudio; 1ªq mayo: distribución de los cuestionarios a todos los profesionales médicos (n=192)y de enfermería(n=326)con tasa de respuesta: médicos (53%), enfermería (36%).,1ªq junio: recogida de cuestionarios;Julio-agosto: análisis de datos. Los cuestionarios abordaban aspectos sobre conocimiento y manejo de información clínica, Información verbal a pacientes y familiares, archivo y custodia de la información y conocimientos de la legislación vigente.
Resultados obtenidos.
Algunos datos:El 84.2% opina que la información clínica se da en lugares inapropiados (siempre o a menudo); un diagnóstico grave se revela antes a la familia en el 77%; los familiares solicitan que no se dé información al paciente en 74.6%(a menudo o siempre); los proefesionales comentan entre sí datos del paciente en pasillos, cafeterías, etc en un 58.1% (a menudo o siempre); la ley 41/2002 es bien conocida por el 11.3% y no sabía que existía el 17.8%; la ley 15/1999 es bien conocida por el 5.7%, aunque han oido hablar de ella el 62.4; la valoración general del tratamiento de la confidencialidad es “mal y muy mal” en el 48.2%.
Lecciones aprendidas.
Los profesionales han valorado positivamente la experiencia. Se incorporará la formación en legislación y tratamietno de la confidencialidad de los datos clínicos en los planes formativos del personal sanitario y no sanitario. Adecuación de algunas infraestructura pasillos, salas y despachos, para facilitar la confidencialidad en la transmisión de información clínica. Difusión de los resultados en sesión general y a través de la intranet a todo el personal.

C-427

NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS: ASPECTO CLAVE EN LA MEJORA CONTINUA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M.; MARTÍN GONZÁLEZ, V.; VIVANCO GÓMEZ. M.L.; MADRIGAL PARRADO, J.I.; ARENAS ORTEGA, E. Y LÓPEZ FERNÁNDEZ, M.C..
HOSPITAL SAN ELOY

Palabras Clave: Cultura Seguridad, Notificación, Incidentes, Sucesos Adversos

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se ha realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital San Eloy en colaboración con la U. de Calidad. El H. San Eloy es un hospital comarcal de agudos de Osakidetza-SVS. Da cobertura sanitaria a la comarca Barakaldo-Sestao (Bizkaia). El nº de urgencias atendidas en 2008 fue de 34.766 con un porcentaje de ingresos del 8.89%. En el trabajo han tomado parte 2 facultativos, 3 D.U.E, 1 A. de Enfermería, el Jefe y el Supervisor de urgencias y la Técnico de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.
Tras implantar en 2007 la gestión por procesos en el Servicio de Urgencias, se detectó la necesidad de fomentar una cultura de seguridad que implicara a todos los profesionales.
Ante la falta de datos sobre incidencias de posible eventos adversos ocurridos y, por lo tanto, desconocer el alcance real del problema y su repercusión en los pacientes se decidió implementar un sistema de notificación de incidencias para mejorar la seguridad de los pacientes y minimizar el riesgo.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó un equipo para la gestión del riesgo a partir de la notificación soluciones aportadas de incidencias realizada por el personal de la urgencia. El equipo lo formaron 2 facultativos, 3 D.U.E y 1 A. de Enfermería, quienes realizaron un curso de formación impartido por Técnicos de Osakidetza.
Entre sus funciones destacan el análisis de incidencias notificadas, detectar riesgos y plantear soluciones o barreras a los mismos, difundir las conclusiones obtenidas y fomentar la implantación de buenas prácticas. Se diseñaron las herramientas para la notificación de las incidencias así como la definición Sucesos Adversos a notificar.
Las herramientas serian: La aplicación informática Puesto Clinico Hospitalario (PCH), Correo Electrónico del Supervisor de enfermería de manera anónima y un registro en formato papel.
Además se llevaron a cabo sesiones de sensibilización impartidas por personas de Osakidetza a todo el personal con carácter voluntario.

Resultados obtenidos.
A las sesiones de sensibilización acudió más del 90% del personal.
Concienciación e implicación del personal en la notificación.
A raíz de las notificaciones se han implantado medidas correctoras y preventivas como retirada de medicación de alto riesgo.
Modificaciones le aplicación informática para el registro de alergias.

Lecciones aprendidas.
La comunicación e información de todo proyecto nuevo es básica para facilitar su implementación.
La formación de grupos de trabajo con personal del servicio facilita la involucración del resto de personas.
La toma de medidas correctivas y la comunicación de las mismas estimula la implicación en el proyecto.

C-428

DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA ANTE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PROGRAMADA. RESULTADOS DEL ESTUDIO RECIRON

MIGUEL VILA-SÁNCHEZ; CALIXTO ANDRÉS SÁNCHEZ-PÉREZ; LOURDES DURAN GIMENEZ-RICO; MARIA JOSE COLOMINA SOLER; MISERICORDIA BASORA-MACAYA Y JUAN VICENTE LLAU-PITARCH.
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLON

Palabras Clave: Cirugía Oncológica

RESUMEN

Contexto de partida.
Diseñado por el grupo geas-españa (ahorro de sangre en cirugia programada), se trata de un estudio epidemiológico prospectivo y multicéntrico realizado en 39 (treinta y nueve) hospitales españoles y que aporta una casuística de 472 (cuatrocientos setenta y dos).

Descripción del problema/necesidades.
Las preguntas de investigacion fueron: ¿podemos optimizar el estado preoperatorio de los pacientes oncologicos que estan programados para una intervencion oncologica radical? ¿En que situacion los encontramos actualmente? ¿Podemos detectar areas de posible mejora? ¿Disponemos de tiempo?.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Por asignacion randomizada se selecciono as fechas para soluciones aportadas que los investigadores incorporaran sus casos (cirugía oncológica radical digestiva, urologica, ginecologica).
El estudio fue aprobado por los comites eticos de cada hospital y disponia de un consentimiento “ad hoc”.
El estudio está realizado por anestesiologos españoles y solo en centros españoles.
Cada caso se remite a una coordinadora (grupo geas) mediante un e-forma.
Cada investigador puede on line y a tiempo real compararse con los otros compañeros

Resultados obtenidos.
De los 472 pacientes incluidos, presentan déficitis en su estado preoperatorio especialmente la anemia y que esos valores se correlacionan con la escala de karnofsky namifestando una seria afectacion de su calidad de vida.
Por localizacion hemos estudiado 181 urologicos, 161 digestivos y 130 ginecologicos de los cuales el 83,5% fueron primarios.
El lapso de tiempo entre la deteccion y la intervencion se situa entre 6,2+/-6,1 semanas y se dispone de 19,1+/-2,6 dias desde la consulte de preoperatorios de anestesiologia hasta la intervencion quirurgica.
Pocos pacentes recibieron tratamiento preoperatorio de la anemia de forma que 6 lo hicieron con rhuepo, 40 recibieron hierro, y 15 complejo vitaminico b y/o acido folico.
Sin embargo, 68 pacientes (14,3%) fueron transfundidos preoperatoriamente con sangre alogenica.
En nuestra casuistica resulta muy escasa la poblacion que se presenta a cirujia tras quimioterapia y/ó radioterapia, no habiendo encontrado ningun caso de tratamiento preoperatorio por cirujia vascular ó radiologia intervencionista para minimizar el sangrado perioperatorio.

Lecciones aprendidas
La cirugía oncológica radical continua siendo el gold estandard para la posible curacion de ésta patologia.
Detectamos planteamientos asistenciales posiblemente obsoletos y susceptibles de mejora a la luz de los datos disponibles y de la moderma medicina perioperatoria desde las unidades de preoperatorio de anestesiologiareanimacion y terapeutica del dolor.

C-429

DISEÑO DE UN CATÁLOGO DE OBJETIVOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES

ANA RODRÍGUEZ CALA; GLORIA FALCÓN SOLDEVILA; PEDRO VILLANUEVA HERNÁNDEZ ; FRANCESC VERGES AGUSTÍ; TEODORA DE DIOS PIFARRE Y DAVID EXPÓSITO ROLDÀN.
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA

Palabras Clave: seguridad, Objetivos, Indicadores

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Hospital Universitario Arnau de Vilanova. En la secretaria técnica de calidad, formación y proyectos. Médicos, enfermeras, Técnicos, trabajadoras sociales y gestores.

Descripción del problema/necesidades.

Falta de homogeneidad en la asignación de objetivos. Dificultad para describir objetivos e indicadores, falta de objetivos de seguridad clínica y poca implicación de los mandos. protocolos que no abordaban el proceso de forma interdisciplinar Se revisan los objetivos de 3 años anteriores y se detecta la necesidad de elaborar un catalogo de objetivos para definir y proponer al hospital unos indicadores y una metodología común capaz de proporcionar información que sea útil tanto para gestores y para profesionales y que de respuesta a los objetivos corporativos, teniendo en cuenta la seguridad clínica del paciente. También pretende dar información a los profesionales para que entiendan la dinamica de las DPO y para que se sensibilicen con el tema de seguridad clínica.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Grupo de trabajo multidisciplinar y revisión bibliografica Se implican personal asistencial, gestores y técnicos Reuniones formales a los mandos donde se facilita un catalogo y un triptico informativo del proceso de DPO Fases del proyecto:3 1ª fase revisión bibliográfica,(setiembre) reuniones de grupo de trabajo (octubre), elaboración(noviembre y diciembre), validación (enero), 2ª fase: difusión(febrero) y 3 era fase: implantación (abril, mayo).

Resultados obtenidos.

El catalogo facilita la asignación de DPO % de objetivos asignados de catalogo (60-70%) Ha ayudado a madurar institucionalmente y a tener criterios e indicadores claros que permiten medir con precisión el punto de partida de los servicios y los objetivos que quieren conseguir. También ha sido un instrumento motivador para los profesionales que trabajan en la mejora continua. La necesidad de formación sobre el contrato programa, el acuerdo de gestión y la seguridad clinica del paciente La necesidad de elaborar protocolos conjuntos y de formación en temas de seguridad clínica

Lecciones aprendidas.

La sensibilización y la dinámica de trabajo que han adquirido los profesionales sobre los indicadores de actividad y de seguridad clínica, la implicación de los mandos en la asignación de objetivos.

La difusión del catalogo se hizo en 2 sesiones: especialistas médicos y quirurgicos, esto fue un fracaso ahora se plantearía en grupos reducidos y explicando los conceptos y el contenido del catalogo.

Que las Dpo hay que saber aplicarlas y adaptarlas a los nuevos contextos y que incorporar actividad y seguridad para el paciente.

C-430

DISMINUIR LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A CATÉTER: OBJETIVO SEGUIR MEJORANDO.

MORENO DE LA HIDALGA M.* ; FARIÑAS ÁLVAREZ C. ; RODRÍGUEZ CUNDIN P. ; ROIZ MESONES M.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ O. Y FERNÁNDEZ NÚÑEZ M..
HOSPITAL SIERRALLANA

Palabras Clave: Cateter, Protocolo, Formación, Complicaciones, Mejora.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Hospital Sierrallana (SCS) y participaron todos los profesionales de enfermería, departamento de microbiología y la UFSP.

Descripción del problema/necesidades.

Sobre una situación de partida en la que se implantó en el hospital un problema/ nuevo protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres que hoy necesidades sigue vigente, se establecieron actividades formativas , estudio de la evolución de complicaciones asociadas a catéter y acciones de mejora según resultados, en los últimos 5 años desde la implantación del protocolo. Las complicaciones se analizaron y cuantificaron mediante seguimiento realizado en todos los pacientes a los que se les insertó un catéter vascular a lo largo de los periodos de estudio. En dichos periodos, de 15 días cada uno, se incluyó a todos los pacientes portadores de catéter, debiendo completarse el seguimiento en cada caso hasta la retirada de un 2º catéter.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estuvieron implicados todos los profesionales descritos en el apartado 2. Las fases del proyecto fueron: 1.Establecimiento de un grupo de trabajo multidisciplinar. 2.Elaboración del protocolo. 3.Evaluación de la situación de partida. 4.Difusión y formación a los profesionales.(Talleres formativos) 5.Puesta en marcha del protocolo. 6.Consenso y elaboración de protocolo con todos los hospitales del SCS. 7.Estudios periodicos de complicaciones asociadas a catéter en los ultimos 5 años.. 8.Análisis de resultados y establecimiento de acciones de mejora según los mismos.

Resultados obtenidos.

En los 4 estudios realizados en 5 años, el número de catéteres periféricos insertados es muy superior al de CVC. En cuanto a las complicaciones, el 2008 es el año con un menor número de ellas (17.9%), siendo los resultados previos de 35% en 2006, 52% en 2005 y 25.4% en 2004. La metodología de todos los estudios ha sido la misma ya descrita en el apartado 3. Durante el 2008, como novedad, se ha incluido en el estudio el envío a Microbiología de las puntas de catéter periférico retirado por sospecha de flebitis. Las soluciones aportadas en cada momento y el surgimiento de nuevos problemas en los 5 años, nos han permitido establecer un ciclo de mejora continua que ha mejorado los resultados.

Lecciones aprendidas.

En todo proyecto, establecer la metodología REDER del modelo EFQM, nos ha permitido, evaluar resultados, analizarlos en profundidad, establecer acciones de mejora y evaluar de nuevo los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de dichas acciones. Una rueda que nunca cesa y que nos permite continuar con la filosofía que queremos conseguir: Ser los mejores.

C-431

EPIDEA: ESTUDIO DE PREVALENCIA DE IDENTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

FERNÁNDEZ SIERRA, MA (*); VELASCO RODRÍGUEZ, M Y SKODOVA, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras Clave: Prevalencia, Efectos Adversos: Infección Nosocomial.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPSP) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN). Participó personal de enfermería y personal médico de dicho Servicio.
Descripción del problema/necesidades.
Dentro del marco de la Seguridad del Paciente es necesario conocer la frecuencia, el tipo y la gravedad de los eventos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria para así, poder tomar las medidas que permitan minimizarlos e incluso eliminarlos cuando sea posible. Por ello se ha puesto en marcha en el HUVN el estudio EPIDEA (Estudio de Prevalencia de Identificación de Efectos Adversos).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Con el objetivo de optimizar tiempo y recursos, se planteó hacer un estudio de prevalencia para la detección de EA en los Servicios asistenciales del HUVN. Para ello se utilizó el estudio nacional y multicéntrico EPINE (Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España), en el que SMPSP participa anualmente, de manera que se recogiese no sólo la infección nosocomial sino también cualquier evento no deseado que se detectase en la historia clínica del paciente.
Resultados obtenidos.
Como resultado de este estudio se podrá identificar el mapa de EA en el HUVN. El análisis de aquellos EA de mayor magnitud (definida ésta según la frecuencia de los mismos y también su gravedad) permitirá tomar medidas de prevención y control para minimizarlos. Los indicadores que se podrán extraer del estudio EPIDEA son: •Prevalencia de EA.
•Análisis descriptivo de las variables recogidas: estancia, género, edad, presencia de factores de riesgo intrínsecos, extrínsecos (incluyendo todos los datos de la intervención), diagnóstico principal y secundarios, presencia y tipo de EA. •Análisis bivariante y multivariante de todas estas variables comparando entre los pacientes con EA y los pacientes sin EA.
Lecciones aprendidas.
Nuestra experiencia es muy positiva. En el año 2004 el estudio EPIDEA sólo se inició en el Hospital General y en el Servicio de Ginecología del Hospital Materno-Infantil. En los años 2007 y 2008 se repitió el estudio añadiendo todos los centros de agudos del HUVN: General, Materno-infantil y Rehabilitación-Traumatología. En el año 2009 se ha sumado la Unidad de Enfermos Crónicos del Hospital San Juan de Dios.

C-432

ESTUDIO DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA, RESULTADOS TRAS IMPLANTACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA

SALGADO LARREA, M.V.*; JÁUREGUI CELAYA, M.F.; GARCÍA DE ALBÉNIZ MARTÍNEZ, B.; URCELAY ECHEVERRÍA, M.A.; BLANCO GONZÁLEZ. M.L. Y IRURZUN LARRAÑAGA, I..
Hospital de Zumárraga

Palabras Clave: Seguridad, Caidas

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se realiza en las unidades de hospitalización tradicional del hospital de Zumárraga con la participación del personal de enfermería de dichas unidades a través de Zaineri.
Descripción del problema/necesidades.
En 1998 se realiza un primer estudio sobre las causa de caídas de pacientes en el hospital de Zumarraga y se ve que las causas mas importantes son las caídas de la cama de pacientes de diferentes características, las causas de estas caídas son la falta de barras en las camas y los colchones. En 2008 y después de haber actuado sobre las citadas causas, nos proponemos conocer:el perfil del paciente que sufre una caída; el número de caídas, causas y lugares más frecuentes; las lesiones producidas, y las áreas de mejora
Desarrollo y soluciones aportadas
Tipo de estudio: de incidencia, observacional y prospectivo Fechas del estudio: del 1 de octubre de 2007 al 30 de septiembre de 2008 Población a estudio: Todos los pacientes hospitalizados en las unidades de hospitalización tradicional en las fechas de estudio. Muestra: •Altas 7004 • Ingresos 7004 •Estancias 34.926 Fuente de recogida de datos: aplicación informática de cuidados de enfermería Zaineri Las variables que se recogen son: Nº de historia; Edad; Sexo; Unidad de hospitalización; Fecha de ingreso; Fecha de alta; Motivo de ingreso; Autonomía del paciente; Fecha de la caída; Hora y turno; Acompañado o no; Lugar ; Causa; Incluido en programa de prevención, y Lesiones producidas
Resultados obtenidos.
1.El perfil del paciente es: persona mayor de 60 años, ingresada por un proceso médico, que precisa ayuda para las actividades de la vida diaria. De hecho en el 58,6% se producen en personas con alguna limitación en la movilidad o autonomía. 2.Número de caídas: 46 en 38 pacientes; 20 hombres y 18 mujeres con una media de edad de 71,8 años. 3.Lugar de caída:en la habitación 76%, en el baño 17%, otros 7% 4. Causas: el 36,2 % al acostarse o levantarse de la cama. 5. Lesiones producidas como consecuencia de las caídas: el 35% ha sufrido algún tipo de lesión. 6.Nº de pacientes con cuidados de prevención planificados: 36 7.Ningún paciente se ha caído al girarse en la cama como ocurría en 1998
Lecciones aprendidas.
Vigilar la adecuación de las medidas preventivas y la eficacia de las mismas Implicar a la familia de pacientes desorientados, confusos o con deterioros cognitivos. En los baños: Suelos antideslizantes y evitar la salida de agua de las duchas Es importante conseguir la implicación de la familia en los cuidados. La puesta en marcha de acciones de mejora, su control y seguimiento facilita la mejora de los resultados.

C-433

EL HOSPITAL COMO EXPLICATIVO DE LA VARIABILIDAD EN RESULTADOS DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA

BELTRÁN PERIBÁÑEZ, J; ABAD DÍEZ, JM; ARRIBAS MONZÓN, F Y REGALADO ITURRI AI.
DIRECCIÓN GENERAL PLANIFICACIÓN. DEPARTAMENTO DE SALUD

Palabras Clave: Evaluacion, Seguridad, Mortalidad, Complicaciones

RESUMEN

Contexto de partida.
Dirección General de Planificación. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón

Descripción del problema/necesidades.
Considerando que la indicación quirúrgica es adecuada y la morbilidad de la población homogénea, dos análisis pueden ser explicativos de la variabilidad de los resultados de la asistencia sanitaria, las circunstancias del paciente (sexo, edad, comorbilidad, entre otros) y los proveedores

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio transversal. Población: altas hospitalarias, financiación pública, en 2007, cuyos procedimientos sean AC (códigos CIE-9 MC: 81.51 al 81.53) Variables (v) de análisis: v. resultado: complicaciones (variable compuesta), mortalidad; v. explicativas: edad (años), sexo, estancias, diagnósticos, procedimientos, tipos de pacientes (artrosis, fractura y revisión), ajuste de riesgos (GRD AP 21), hospital Fuentes: CMBD Aragón Test: regresión logística (análisis individual), análisis multinivel (análisis nivel hospital)

Resultados obtenidos.
Se realizaron 1386 intervenciones de artroplastia de cadera edad media 73,8. Las mujeres fueron 814 (58%), de mayor edad media (77), mayor estancia media (14,99) que los hombres (n=572, edad 69,3, estancia 12,88) Se observó variabilidad en las complicaciones por centros (rango 048), y se encontraron diferencias con la edad, estancia, mortalidad, número de diagnósticos, artroplastia total/parcial, grupos clínicos de pacientes y hospital (p=0,0). En el modelo logístico solamente la edad (OR 1,02 IC 95% 1,004-1,04) y el número de diagnósticos (OR 1,26 IC95% 1,2-1,33) explicaron la existencia o no de complicaciones (Iroc 76%). El hospital era responsable de un 20% de la variabilidad (rho 0,20 IC 95% 0,07-0,44) La mortalidad (rango 0-12) tuvo diferencias con la edad (p=0,0), estancia, número de diagnósticos, artroplastia total/parcial, grupos clínicos de pacientes y hospital (p=0,0). En el modelo logístico solo el número de diagnósticos explicaba la mortalidad (OR 1,25 IC95% 1,121,440) siendo responsable de un 71% de la variabilidad (Iroc 71%). Al aplicar el análisis multinivel, el hospital explica un 10% adicional a lo aportado por el modelo logístico (rho 0,10 IC95% 0,01-0,54)

Lecciones aprendidas.
Los pacientes sometidos a artroplastia de cadera tienen distintos resultados en términos de mortalidad y complicaciones según la edad y la patología que origina el contacto con los servicios sanitarios. Además de las características individuales existe una parte de la variabilidad en la estancia media y la probabilidad de tener complicaciones o mortalidad que es atribuible al hospital.

C-434

ALTOS NIVELES DE HBA1C EN DIABÉTICOS TIPO 2 TRATADOS CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

CORPAS MOYANO, M.; BARTOLOMÉ DURÁN,P Y FAROUK ALLAM, M.
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA SUR

Palabras Clave: Atención Primaria, DM tipo 2, HBA1C

RESUMEN

Contexto de partida.
Esta enfermedad crónica podría causar diversas complicaciones dañando frecuentemente a órganos vitales como consecuencia de su evolución y el mal control de la glucemia. Para determinar si el tratamiento está dando un resultado adecuado se realiza la prueba de la HBA1C. Una persona no diabética tiene HBA1C <6% y el tratamiento de los diabéticos debería acercar los resultados de la HBA1C lo máximo posible a estos valores. Diversos estudios han demostrado que buenos resultados en la HBA1C durante años reducen o incluso eliminan la aparición de complicaciones tradicionalmente asociadas a la diabetes.
El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de Atención primaria por profesionales enfermeras y médicos.

Descripción del problema/necesidades.
Se pretende evaluar el control de la glucemia en diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales en Atención Primaria.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se recogieron una muestra aleatoria de 36 pacientes diabéticos tipo 2 tratados con antidiabéticos orales atendidos en consulta de enfermería en un Centro de Salud de Atención Primaria del Distrito Córdoba. Se tomaron datos relacionados con la edad, sexo, tratamiento y HBA1C.

Resultados obtenidos.
La edad media de los 36 pacientes incluidos en nuestro estudio fue de 67,9 + 9,8 años (rango 49 – 88). La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio fueron mujeres (72,2%). La media de la HBA1C fue de 7,7 + 1,5% (rango 5,9 – 12,5). El 41,7% de nuestros pacientes tenían una HBA1C < 7%, y el 30,5% tenían una HBA1C >7% y <8%. Es de destacar que mas de ¼ de nuestros pacientes (27,8%) tenían una HBA1C >8%.

Lecciones aprendidas.
Nuestros resultados demuestran la necesidad de mejorar el control farmacológico de la glucemia en diabéticos tipo 2, además del importante papel de la enfermería para el control no farmacológico; dieta, ejercicio físico y control de peso.

C-435

MODELO DE UTILIDAD PARA PACIENTES CON VÍAS (PATENTADO)

MONTERO REYES, T.* ; VÁZQUEZ BLANCO, J. Y VÁZQUEZ MONTERO D..
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

Palabras Clave: Camisón, Pijama, Modelo, Utilidad, Vías

RESUMEN

Contexto de partida.
En mi trabajo diario en la planta de cirugía donde tienen vías todos los pacientes, detecto algunos problemas con la ropa hospitalaria, por lo que decido buscar una solución. Este camisón y pijama hospitalario resuelve estos problemas gracias a que consta de un sistema de apertura en hombros y mangas mediante puntos de velcro que facilitan exploraciones medicas, el aseo diario etc. ya que no hay que desconectar vías para ello.
Con este nuevo concepto de ropa conseguimos:
•Reducción del riesgo de infección
•Mejor gestión del tiempo de los profesionales
•Mayor confort
•Mayor intimidad del paciente

Descripción del problema/necesidades.
El problema reside en que la ropa actual de nuestros hospitales no cubre las necesidades del paciente con vías o con problemas de movilidad, ya que para el aseo diario y cambios de ropa es necesaria la desconexión de vías, con el consiguiente riesgo, incomodidad y pérdida de tiempo que esto supone. Además resulta dificultosa para la realización de diversas pruebas (auscultación médica, acceso a vías centrales etc.).

Descripción del problema y soluciones aportadas.
idultelpa
idultelde con ebmo elodulltel(l)11(l)12(l)15(o)15p lacient.de coneos aEMC 1 (Tc)]TJ0.655 0.659 0.667 scn/TTs PalabraseClave:)..

C-437

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) PARA LA GESTIÓN PROACTIVA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN CMA

LLORENTE PARRADO, C; CALAHORRA FERNÁNDEZ, L; PARDO GARCÍA, R; ARMENTEROS LECHUGA, M; LAGOS PANTOJA, E Y SÁNCHEZ GONZÁLEZ, RP.
UNIDAD DE CALIDAD. HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Palabras Clave: AMFE, seguridad del paciente, cirugía.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza en el seno de un curso-taller de gestión de la seguridad del paciente, con profesionales clave de Servicios de Cirugía y Anestesia de distintos centros del SESCAM, apoyados por la Unidad de Calidad del Hospital General de Ciudad Real (HGCR).
Descripción del problema/necesidades.
Los Sistemas reactivos de gestión de riesgos, como el Análisis Causa Raíz, que se activan cuando ya ha sucedido un incidente, plantean problemas legales y de confidencialidad en la notificación de errores, dificultando la implicación de los profesionales en el funcionamiento del sistema.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Como base de trabajo, se utiliza el proceso de atención al paciente soluciones aportadas programado quirúrgico en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) diseñado previamente en el HGCR. Se imparte una breve acción formativa sobre el uso de la herramienta AMFE.
Se analiza por separado cada uno de los subprocesos en los que se divide la atención al paciente en CMA: admisión-registro, preparación para CMA, preintervención, intervención, despertar-postintervención y observación-recuperación. El análisis se desarrolla en 2 etapas: a. Desarrollo de tabla de análisis de riesgos. Definición de los posibles fallos de cada uno de los subprocesos estudiados, así como sus posibles causas y efectos sobre la atención a los pacientes. Para cadauno de los posibles fallos detectados, se calcula un Índice de Priorización de Riesgos (IPR) según la estimación de su frecuencia, gravedad y detectabilidad.
b. Tabla de acciones de mejora. Descripción de las principales acciones de mejora en las áreas priorizadas y seleccionadas. Se diseña un plan de implantación de cada acción de mejora, con definición de cronograma, responsables, recursos e indicadores de evaluación.
Resultados obtenidos.
Se elabora un plan de mejora en la seguridad del paciente programado en CMA, de forma rápida (4 horas en total), sencilla, y con participación activa del grupo de trabajo. La metodología utilizada es valorada mediante encuesta con un elevado nivel de satisfacción por los participantes.
Lecciones aprendidas.
La implantación de la herramienta AMFE es un método sencillo que promueve la mejora continua de la seguridad de los pacientes, evitando los principales problemas que dificultan la aplicación de otras herramientas de gestión de riesgos de carácter reactivo en el ámbito sanitario. La metodología de aplicación del AMFE ha sido valorada positivamente y fácilmente asumida por profesionales que no habían tenido contacto previo con esta herramienta de gestión de riesgos.

C-438

¿TENEMOS DIFICULTADES EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA OFRECER ASISTENCIA ADECUADA A LOS ANCIANOS DEPENDIENTES?

ISABEL GARCÍA ARSAC; Mª ANGELES CASTAÑO MOLINA; JUAN ANTONIO LÓPEZ GARCÍA; ANTONIO CÁNOVAS SERRANO; CÉSAR PÉREZ SOLER Y CARMEN GUIRADO.
ÁREA IV DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

Palabras Clave: Anciano dependiente

RESUMEN

Contexto de partida.
Los cambios demográficos han generado un envejecimiento de la población española aumentando el nº de personas con dependencia; las familias han ido adaptándose a estos cambios recurriendo a más de un cuidador o buscando apoyo social. Esta situación hace necesaria mejorar la continuidad de los servicios sanitarios y la coordinación entre los principales proveedores de cuidados. Para prestar asistencia sanitaria de calidad a los ancianos dependientes (AD) es necesario conocer la información que van generando los diferentes profesionales que les atienden, obteniendo así una visión integral del usuario.
Descripción del problema/necesidades.
Conocer si los profesionales sanitarios que atienden a los (AD) problema/ encuentran dificultades para obtener la información necesaria para necesidades ofrecer una asistencia de calidad. Detectar las áreas que ofrecen mayor dificultad para obtener la recolección de datos. Explorar el formato como medio para transmitir la información sanitaria relevante en la atención de los AD en opinión de los profesionales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En Mayo de 2008 se elabora una encuesta de 20 preguntas utilizando soluciones aportadas como base los Patrones Funcionales de Marjory Gordon que contempla a la persona desde una perspectiva holística. Presenta una serie de afirmaciones sobre la dificultad para obtener información en diferentes áreas y pide al profesional que indique su nivel de acuerdo/desacuerdo en escala tipo Likert. Esta encuesta se pasa a todos los enfermeros/as y médicos/as del Área IV de Salud (Servicio Murciano de Salud) que asisten de forma cotidiANA a AD (servicios de urgencias, unidades de medicina interna, y atención primaria).
Resultados obtenidos.
Obtenemos 73 encuestas debidamente cumplimentadas.
El 53% tiene dificultades con la transferencia de información entre profesionales, y el 46,5% cuando cambia de cuidador.
El 96,1% de los profesionales cree que es necesario un medio de comunicación para compartir información entre profesionales; el 67,1% considera que debería tener un formato electrónico.
Lecciones aprendidas.
La mayor parte de los sanitarios encuestados consideran que es necesario un medio de comunicación donde se compile el bagaje de los AD, tanto su asistencia sanitaria como la del resto de profesionales sociales. Este medio debe ser fácil de manejar y adaptado a las nuevas tecnologías.

C-439

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DE LAS VÍAS PERIFÉRICAS EN LA U. DE TRAUMATOLOGÍA DEL H. MORALES MESEGUER.

*HELLÍN GARCÍA, MJ.; VICENTE MARTÍNEZ, R.; ALBURQUERQUE GARCÍA, C.; RUBIO GARCÍA, M.; NAVARRO GARCÍA, J. Y ABAD NAVARRO, AL..
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Calidad, Seguridad, Enfermería, Cuidados, Vías, Periféricas.

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se realiza en la Unidad de Traumatología del H. Morales Meseguer de Murcia, para los cuidados, por parte de enfermería, de las Vías Periféricas.

Descripción del problema/necesidades.

Se detectó un déficit de Cuidados de Enfermería de las Vías Periféricas (VP) en nuestra Unidad, que pretendíamos cuantificar para mejorar, en función de los resultados, y en base a los objetivos planteados de partida: mejorar la Calidad Asistencial y aumentar la Seguridad del paciente, disminuyendo el riesgo de Infección de las vías periféricas. Para el análisis de las causas se realizó el diagrama de causa-efecto de Isikawa. Para cuantificar el problema, evaluamos los siguientes criterios de mayor relevancia: C1 En la gráfica de Enfermería deben constar fecha de inserción, calibre del catéter y lugar de inserción; C2 El estado de la VP debe estar registrado cada día en la Historia Clínica; C3 La VP debe ser curada cada 48 horas y estar registrado en la H. Clínica; C4 El punto de inserción debe estar protegido y visible y C5 El circuito del sistema debe estar cerrado con tapón y/o el sistema de infusión. Obteniendo F. Absolutas y Relativas de cumplimientos e incumplimientos para cada uno.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Nuestro proyecto consiste en realizar un "Ciclo de Mejora" con las siguientes fases: 1ª Evaluación (marzo 2009) de los Criterios antes mencionados en una muestra de 50 casos, obtenida en dos cortes con un intervalo de 15 días, para todos los pacientes portadores de vía periférica en ese momento, sobre 197 ingresos totales en el mes de marzo, para todas las especialidades en nuestra Unidad. Obteniendo los siguientes resultados: el criterio C2 no se cumple en el 41,44%, el C3 no se cumple en el 36,94%, el C4 no se cumple en el 18,09% de los 5 evaluados, de tal manera que nos proponemos intervenir sobre todo en estos 3 Criterios, ya que representan más del 85% de incumplimientos y así mejorar en mayor medida nuestros resultados. Medidas de intervención (mes de mayo): 1ª Presentación en Sesión de Enfermería de los resultados de la 1ª evaluación, incidiendo en los criterios peor evaluados y se dieron las pautas para mejorar resultados, 2º Entrega a cada una de las enfermeras de la Unidad de documento escrito con resultados y recomendaciones y 3º colocación de cartel en Control de Enfermería con foto de Vía periférica CORRECTA con recomendaciones.

Resultados obtenidos.

Para medir los efectos del proyecto, realizaremos en el mes de junio la 2ª evaluación para poder estimar la mejora conseguida, y poder presentar resultados definitivos en el 27 Congreso SECA.

Lecciones aprendidas.

Pendiente de resultados 2ª evaluación.

C-440

ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD EN EL USO DE FÁRMACOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA: APORTACIÓN A UNA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

ROSA ALBALAT FERNÁNDEZ; IRENE BARRENA GAITÁN; LUCÍA ZARZA CHÁVEZ; JOSE MANUEL GONZÁLEZ PÉREZ Y JOSÉ GUTIÉRREZ ALÉS.
H.U. VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Seguridad, fármacos, embarazo, lactancia, guia farmacoterapéutica

RESUMEN

Contexto de partida.

Realizado en la UGC de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, estando implicados el Jefe de Sección de Obstetricia, Dr. Gutiérrez Alés, y cuatro de los residentes del servicio.

Descripción del problema/necesidades.

La Comisión de Farmacia de nuestro hospital ha elaborado una guía farmacoterapéutica (GFT) con los medicamentos aprobados para su uso en toda el área hospitalaria. En ese momento se encontró la necesidad de clasificar los fármacos incluidos en función de su seguridad en embarazo y lactancia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El primer paso fue recopilación de datos y revisión de cada uno de los soluciones aportadas fármacos que pueden ser utilizados en el área, clasificándolos en categorías según esté aceptado su uso en embarazo o lactancia. Para clasificar los fármacos consultamos guías y protocolos de fármacos tanto de la Agencia Española del medicamento como de la SEGO El segundo punto era crear una guía accesible para los profesionales de cualquier especialidad, para lo cual se colocó disponible en intranet en todo el área hospitalaria. Se accede con una clave personal a toda la información disponible, tanto por grupos terapéuticos, como por principio activo, o nombres comerciales de cada fármaco, así como por código nacional

Resultados obtenidos.

Para hacerla realmente operativa, esta GFT se ha estructurado para embarazadas en 5 grupos de la FDA: A:Fármacos con estudios comprobados en gestantes que no han demostrado aumento de riesgo de anomalías fetales. Para nosotros sería:"SI" B:Fármacos probados en estudios en animales que no han demostrado riesgo para el feto. Para nosotros sería:"PRECAUCIÓN" C:Fármacos con efectos adversos demostrados en animales y no hay suficiente información en humanos. Para nosotros sería:"EVITAR" D:Fármacos con riesgo demostrado para el feto humano, pero los beneficios maternos podrían hacer aceptable su uso. Para nosotros sería:"NO" X:Los riesgos fetales comprobados superan cualquier beneficio. Para nosotros sería:"CONTRAINDICADO" En los casos de madres lactantes, la calificación de los fármacos se reduce a tres posibilidades: SI:Para fármacos que se pueden utilizar sin riesgo en la lactancia EVITAR:Para fármacos que o bien pueden afectar al lactante o se desconocen sus efectos NO:Para fármacos con demostrada capacidad para enfermar al lactante

Lecciones aprendidas.

Se trata de una información que está al alcance de cualquier profesional de área que la necesite, de forma sencilla, y las siguientes revisiones necesitan sólo una actualización de lo necesario. Animamos a otros centros a realizar su propia guía con los medicamentos que estén aprobados para su uso.

C-441

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN UN HOSPITAL GENERAL

PLAZA HERNÁNDEZ,V.; MORO CASUSO, I.; INGUNZA BASTERRA, N.; NAVAS MADRAZO, C.; CHUECA AJURIA, A. Y MERCHÁN BILBAO, A..
HOSPITAL DE GALDAKAO

Palabras Clave: Medicamento, Errores, Notificación, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha llevado a cabo en el Hospital de Galdakao, que engloba a unos 350.000 habitantes y dispone de 400 camas. El equipo de Seguridad del Medicamento está formado por 13 profesionales: farmacéuticos, médicos y enfermeras.
Descripción del problema/necesidades.
El equipo se planteó como objetivos:1) Identificar puntos críticos en relación a la seguridad del paciente referente a la prescripción del medicamento. 2) Establecer áres de mejora, todo ello enmarcado en la gestión del proceso de Hospitalización, certificado según Norma ISO 9001:2000. 3) Se vió la necesidad de establecer canales adecuados para la difunsión de la información relacionada con la seguridad del medicamento que llegase a todos los profesionales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
E Método que se utilizó fué: 1) Recogida de datos de la Base de Incidencias de Hospitalización.2) Cuestionario de Autoevaluación del Instituto para la Seguridad el Medicamento.3) Técnicas cualitativas de consenso del equipo multidisciplinar creado para la Seguridad del Medicamento.
Resultados obtenidos.
Se presentarán los resultados de la monitorización a tiempo real de los datos obtenidos durante los 9 primeros meses del año actual.
Lecciones aprendidas.
1) Necesidad de establecer criterios de seguridad en relación con la prescripción y administración de medicamentos: Formación de nuevo personal, gestión adecuada de las personas. 2) Implantación de nuevas tecnologías para la prescripción informatizada.3) La Gestión por Procesos implica la revisión sistemática de las actividades del proceso, analizar incidencias y establecer acciones de mejora.

C-442

EXPERIENCIA: APLICACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL CIRCUITO DE MEDICACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO

MOURE FERNÁNDEZ L* ; LERMA MERINO T ; DOMÍNGUEZ ARIAS B; BURGOS HERNÁNDEZ M Y FERNÁNDEZ GARCÍA A..
CHUVI

Palabras Clave: Sistemas Medicación, Enfermería, Hospital, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
En los 5 hospitales del Complejo Hospitalario de Vigo. Liderado por la Dirección de Enfermería. Grupo de trabajo: 11 Supervisoras de Enfermería de Unidades de Hospitalización.
Descripción del problema/necesidades.
Necesidad de:-Seguridad del paciente en Circuito de Medicación problema/ CHUVI, con 3 circuitos diferentes en los 5 hospitales; -Implementar necesidades barrera que detectara los errores de dispensación cuando el SUM llega
a las U.Hospitalización; -Eliminar riesgos de transcripción enfermera y mejorar tiempos enfermeros; -Iniciar cultura de seguridad en errores de medicación en la organización. Se cuantificaron los errores absolutos de dispensación durante dos meses en las Unidades de estudio, y los errores relativos de dispensación por número de prescripciones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Fases:1ºformación del equipo investigador, 2ºdiseño del proyecto, soluciones aportadas 3ºanálisis de la situación, 4º diseño de los procesos, flujogramas, AMFEs y Benchmarking, 5ºimplementación de la medida de mejora, 6ºvaloración de la medida de mejora, 7ºcortes de prevalencia, 8ºdiseño y colocación de paneles, 9ºencuesta de valoración de los paneles 10º gestión de datos, 11ºpresentación de resultados a la dirección, 12ºpresentación resultados al grupo, 13ºnuevas propuestas de mejora (plan de formación sobre seguridad en la administración de medicación, hoja única de prescripción autocopiativa), 14ºrealización de propuestas planteadas.
Resultados obtenidos.
Implementación de una barrera de dispensación, de las recomendaciones de seguridad de la SEFH responsabilidad de la Dirección de Enfermería, de la hoja única de prescripción y registro de la medicación administrada Diseño y pilotaje de una nueva Hoja de de prescripción y registro de la medicación admi-

C-443

IMPACTO DE MEDIDAS DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES DE QUIMIOTERAPIA PARA PACIENTES EN ENSAYO CLÍNICO

REAL, JM*; SERRANO, MC; BERNABÉ, S; AGUSTÍN, MJ; IDOIPE, A Y PALOMO, P.
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras Clave: Ensayo Clínico, Calidad de Prescripción, Quimioterapia

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en el servicio de Farmacia de un hospital universitario de tercer nivel por farmacéuticos con su actividad en las áreas de ensayos clínicos (EC) y Onco-Hematología.

Descripción del problema/necesidades.

Durante 2006 se observó que el 9,3% de las prescripciones de quimioterapia para pacientes incluidos en EC no especificaban su participación en el EC, incidencia relacionada con el prescriptor que por error humano incumplía las normas de buena práctica clínica y dificultaba la correcta utilización de las correspondientes muestras para investigación clínica y su registro específico. Se implementaron como medidas correctoras información a los investigadores prescriptores e inicio de prescripción electrónica.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Análisis retrospectivo de incidencias recogidas durante los tres últimos años para evaluar secuencialmente la mejora de la calidad de las prescripciones de quimioterapia para pacientes en EC, analizando cada año si la orden médica especifica la participación en el EC, tras haber aplicado las medidas correctoras oportunas. Profesionales implicados: farmacéuticos que informaban a los prescriptores de las incidencias e investigadores que han ido incrementando su prescripción electrónica, Variables analizadas: EC, nº de prescripciones, investigador principal, prescriptor, servicio, antineoplásicos implicados y patología.

Resultados obtenidos.

La frecuencia de prescripciones con omisión se redujo significativamente tras la implantación de las medidas correctoras, del 9,3% en 2006 al 3,5% en 2007 y al 1,7% en 2008. En 2006 se observó mayor frecuencia de prescripciones incorrectas en Hematología (34,1%) que en Oncología (8,6%). En 2007 Hematología apenas tuvo omisiones (1,8%) y en 2008 todas fueron correctas, hecho que se atribuye fundamentalmente a la elevada tasa de prescripción electrónica alcanzada por este servicio, en torno al 95%. En Oncología la tasa de error ha ido disminuyendo de forma significativa pasando al 3,6% en 2007 y al 2,1% en 2008, aunque la mejora conseguida no ha sido tan ostensible debido a la instauración parcial de prescripción electrónica.

Lecciones aprendidas.

La interrelación de los profesionales implicados, farmacéuticos e investigadores, y la aplicación de nuevas tecnologías como la prescripción electrónica, han resultado útiles para la mejora continua de la calidad de las prescripciones a pacientes incluidos en EC garantizándose la utilización de las muestras adecuadas en investigación y el correcto seguimiento de su tratamiento.

C-444

FORMACIÓN EN SEGURIDAD CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA

MERINO VEGA, JAVIER*; RAMÓN SALGUERO, JOSÉ MANUEL Y HERNÁNDEZ PÉREZ-LANZAC, CONSUELO.
HOSPITAL COMARCAL AXARQUÍA

Palabras Clave: Formación, Cultura, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

Plan de Formación llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Comarcal de la Axarquía Participación multidisciplinar: Facultativos, Enfermería y Personal Limpieza

Descripción del problema/necesidades.

Enmarcado dentro del plan de Seguridad Clínica diseñado para la Unidad de Cuidados Intensivos, se lleva a cabo un plan de formación en nociones básicas en Seguridad Clínica, con un doble objetivo:

- Fomentar la cultura de Seguridad Clínica
- Dotar al personal de los conocimientos básicos necesarios que les permitan su participación en las distintas actividades planteadas (notificación de eventos, desarrollo de líneas de actuación en seguridad…)

Desarrollo y soluciones aportadas.

- Realización un test de conocimientos básicos en Seguridad Clínica a los profesionales integrados en la Unidad.
- Creación de un formato de presentación informática adaptado a las necesidades formativas detectadas, partiendo de conocimientos básicos.
- Cronograma de sesiones.
- Acreditación por parte del área de Docencia del Hospital de dichas sesiones.
-Difusión de los horarios y duración de las sesiones formativas, con implicación por parte de la Jefatura de Servicio y de la Supervisión de Enfermería en el fomento de la participación de las mismas.
- Sesiones formativas de una hora y media de duración en tres convocatorias impartidas por el líder en Seguridad de la Unidad, con formación previa a nivel de experto.

Resultados obtenidos.

- Participación superior al 85% de los miembros de la Unidad.
- Evidencia de la participación activa del personal en cuestiones relacionadas con la Seguridad Clínica: notificación de eventos adversos, condiciones latentes de riesgo, colaboración en grupos de trabajo con objetivos en Seguridad Clínica, etc.

Lecciones aprendidas.

La formación básica en Seguridad Clínica es básica e imprescindible para poder establecer líneas de trabajo en relación a la misma.

C-445

ACCIÓN DE MEJORA PARA REDUCIR LA TASA DE INFECCIÓN URINARIA NOSOCOMIAL RELACIONADA CON SONDAJE VESICAL

LUCAS SALMERÓN, MG.; MARTÍNEZ CABALLERO, ML.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, AM.; RODRÍGUEZ MOLINA, MA.; INIESTA MARTÍNEZ, D. Y ESCRIBANO SÁNCHEZ, G.
HOSPITAL VEGA DEL RÍO SEGURA

Palabras Clave: Infección Hospitalaria, Infecciones Urinarias, Sonda

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital Vega del Río Segura existe un equipo de Vigilancia de las infecciones nosocomiales. Disponemos de 3 unidades de hospitalización: Medicina Interna, Planta Quirúrgica y Unidad de Media Estancia.
El Equipo de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales está encabezado por un facultativo y una enfermera. La enfermera responsable de la vigilancia realiza una recogida de datos retrospectiva a todos los pacientes ingresados para detectar las infecciones nososcomiales.
Descripción del problema/necesidades.
Desde el año 2005 hasta el 2007 se ha presentado un incremento en la incidencia de la infección urinaria nosocomial relacionada con el sondaje vesical en los servicios de hospitalización, por lo que no se han conseguido resultados óptimos, ya que el indicador de calidad fijado es de < 5 x 1000 paciente/día/sonda. En consecuencia se decidio realizar una acción de mejora con el objetivo de controlar y reducir las tasas de infección urinaria relacionada con sonda vesical.
Desarrollo y soluciones aportadas.
-Creación de una guía para entregar al paciente sondado, realizada por soluciones aportadas la enfermera de la Vigilancia y Control de las infecciones nosocomiales y supervisada por la Directora de enfermería. -Actualización el protocolo de sondaje vesical, por parte de la enfermera de la Vigilancia y Control de las infecciones nosocomiales y la Supervisora de Calidad.
-Charlas al personal sanitario realizadas por la enfermera de la Vigilancia y Control de las infecciones nosocomiales. Dichas charlas se realizaron en pequeños grupos con entrega de folleto explicativo: Enfermeras, auxiliares y celadores.
A partir del segundo semestre del 2007 la enfermera de la Vigilancia y Control de las infecciones nosocomiales comienza a dar las guías a pacientes sondados, se publica el protocolo actualizado de sondaje vesical en la Web de enfermería y se sacan copias que se distribuyen entre los distintos servicios, además se dan charlas individualizadas al personal sanitario y no sanitario.
Resultados obtenidos.
Incidencia de ITUs nosocomial relacionada con sonda vesical: •2005: 2,9 x 1000 paciente/día/sonda (14 casos) •2006: 3,3 x 1000 paciente/día/sonda (17 casos) •2007: 5,8 x 1000 paciente/día/sonda (32 casos) •2008: 4 x 1000 paciente/día/sonda (24 casos)
Lecciones aprendidas.
La Infección Urinaria asociada a Sondaje Vesical ha disminuido de 5,8 x 1000 paciente/sonda/día en 2007 a 4 x 1000 paciente/sonda/día en 2008 estando por primera vez ligeramente por debajo de nuestro indicador. Por lo que se puede decir que la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales son una pieza clave para mejorar la calidad asistencial.

C-446

VALORACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES QUE RETORNAN A URGENCIAS. SEGUNDA EVALUACIÓN

CAPITÁN GUARNIDO E; NICOLÁS J; LÓPEZ PICAZO M.T; SIERRA PREFASI F.J; GARCÍA LÓPEZ M Y ALCARAZ MARTÍNEZ J.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Urgencias Medicas, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado por médicos adjuntos del servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer de Murcia, asesorados por el coordinador de calidad del centro.
Descripción del problema/necesidades.
Se contaba con un estudio similar de octubre de 2006 con una muestra de 311 pacientes en la que se detectaron tres casos de claro fallo en la actuación. Estas causas se analizaron en sesión clínica para implementar mejoras destinadas a que no se volvieran a dar. Pasado año y medio se decidió repetir la experiencia y buscar nuevos incidentes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Es un estudio retrospectivo de la información clínica de los pacientes soluciones aportadas que retornan a urgencias en un plazo inferior a una semANA con el fin de identificar problemas ocurridos en la primera asistencia.
La información de las historias clínicas fué revisada por un grupo de adjuntos del servicio de urgencias con formación básica en seguridad del paciente
Resultados obtenidos.
De 4860 pacientes asistidos, se identificaron 332 casos como reconsultas. Se obtuvo información completa en 296 casos (89,15%).
Reconsultaron 8 pacientes (2,5%) por un motivo diferente al de la primera consulta y el resto 288 (97,5%) por alguna causa relacionada.
De estos últimos, 41 casos (14,1%) lo hicieron citados para revisión (55,5%) o pruebas complementarias (44,5%). De los 247 casos restantes , en 182 de ellos (73,7%) la evolución fue mala, en 60 (24,3%) buena y en los 5 casos (2%) restantes no había información suficiente.
La causa de mala evolución más frecuente ha sido los problemas en el tratamiento con 98 (54,89%), seguida de la evolución natural del proceso con 47 casos (26,1%), problemas diagnósticos con 16 (8,9%) y problemas en el seguimiento con 14 (8,3%).
En los casos de mala evolución hubo consecuencias para el paciente en 74 casos (30% del total de reconsultas). En este grupo la causa más frecuente fué el tratamiento adecuado pero ineficaz (35 casos) seguido de la mala interpretación de pruebas diagnósticas (11), seguido del tratamiento inadecuado en 8 casos, la falta de petición de pruebas diagnósticas y los fallos en la exploración, ambos en 6 ocasiones, y evolución natural del proceso con 5 casos cada uno.
Se han valorado 11 casos con claro fallo de actuación (3,7% de reconsultas), 10 con consecuencias para el paciente y 1 sin consecuencias.
En un 28% de los casos de efectos adversos podrían haber sido evitadas las consecuencias para los pacientes.
Lecciones aprendidas.
Se han identificado las causas de los incidentes producidos en los pacientes que retornan.
Se recomienda esta experiencia por su utilidad para aprender de los errores.

C-447

EL GRUPO FOCAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA PARA EL PROCESO DEL SONDAJE VESICAL EN EL HOSPITAL DE BIDASOA

MILLÁN ORTUONDO, E; ELOSEGUI MENDIZÁBAL, M; ORMAZABAL IRAZUSTA, C; NARTÍNEZ PÉREZ, MJ; VALVERDE DE LA SERNA, A Y PÉREZ GANDARA, A.
HOSPITAL DE BIDASOA

Palabras Clave: Infecciones Urinarias, Sondaje Vesical, Grupo Focal

RESUMEN

Contexto de partida.
Proyecto realizado en el Hospital de Bidasoa por La Unidad de Calidad en colaboración con personal de enfermería y auxiliares de las unidades de Hospitalización, Quirófano y Urgencias.

Descripción del problema/necesidades.
Desde los Servicios Centrales de Osakidetza se estableció como prioritaria la necesidad de evaluar los procedimientos asistenciales en cada hospital de la red. El aumento en el número de infecciones urinarias en pacientes sondados más la percepción de una baja adhesión al protocolo actual del sondaje vesical en el hospital justificó elegir el sondaje vesical como procedimiento a evaluar. Se creó un grupo de trabajo para revisar y actualizar procedimiento, y elaborar el cheklist de evaluación de adhesión al nuevo protocolo.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó una búsqueda bibliográfica. Se organizó un grupo focal con 6 enfermeras y una auxiliar con experiencia en las Unidades donde se realizan sondajes. Durante un mes se realizaron 3 sesiones moderadas por miembros de la Unidad de Calidad con el objetivo de identificar partes del procedimiento que no se cumplen, obstáculos que evitan el cumplimiento y de dar soluciones. Con lo recogido en las sesiones, la Unidad de Calidad elaboró el borrador del nuevo procedimiento que fue enviado al grupo para su valoración y modificación. El nuevo protocolo se presentó en la Comisión de Infecciones y finalmente fue difundido.

Resultados obtenidos.
El grupo reconoció dificultades para realizar el procedimiento empleando una técnica aséptica. El sondaje intermitente y los lavados de sonda son procedimientos que se realizan con menor rigor en cuanto a asepsia. El aclarado es un punto crítico dentro de la higiene de genitales. La falta de tiempo y la no percepción de necesidad de realizar estos procedimientos asépticamente son los mayores obstáculos para la adhesión al protocolo. El grupo consideró justificado que la técnica de sondaje se realice entre dos personas.

Lecciones aprendidas.
El grupo focal se ha mostrado como una herramienta adecuada para conocer la realidad del procedimiento en el hospital. Contar en el grupo con profesionales con capacidad autocrítica y voluntad de mejorar ha sido un facotr clave para el éxito del proyecto. La metodología empleada podría ser aplicable para la actualización y revisión de otros procedimientos y podría mejorar la adhesión a los mismos. Realizar una última sesión para revisar el borrador del protocolo habría agilizado esta última fase. Sería adecuado contar con grabadoras para registrar las sesiones.

C-448

HIGIENE DE MANOS: IMPLANTANDO ESTA ESTRATEGIA EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD LABORAL

ZABALLA,T.; APESTEGUIA,A.; SEDANO,A.; ETXEBARRÍA,M.; ULIBARRENA,M. y LLEDÓ,P.
MUTUALIA

Palabras Clave: Higiene, Manos, Pacientes, Seguridad, Antisepsia, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
MUTUALIA, mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, líder en el País Vasco , y reconocida con la Q Oro por su sistema de gestión de Calidad Total, ha implantado la estrategia de Higiene de Manos en el área sanitaria definiendo y desarrollando el proyecto un equipo de trabajo multidisciplinar formado por personal sanitario y Organización y Calidad.

Descripción del problema/necesidades.
La Higiene de Manos es la primera estrategia puesta en marcha por la problema/ OMS, dentro de la Alianza para la Seguridad de Pacientes (SP). La necesidades mejora de la higiene de las manos proporciona una atención sanitaria
mas segura y protege a los pacientes de las infecciones evitables. Compartiendo este objetivo se ha elaborado un Plan para la SP, que engloba diversas acciones entre las que se encuentra la Higiene de Manos preocupación estratégica de MUTUALIA

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se inicio por un equipo compuesto por sanitarios y calidad,partiendo de las prácticas realizadas por otras organizaciones y las estrategias y recomendaciones difundidas por la OMS. El proyecto se ha difundio a través de asignación de recursos,jornadas formativas y entrega de documentación. Las fases del proyecto se estructuran:Estudio de necesidades, asignación de recursos, difusión de la estrategia y análisis de resultado

Resultados obtenidos.
Los resultados han sido muy positivos,asi lo muestran los indicadorEs y encuestas, aunque seguimos trabajando.Resultados logrados: Elaboración y difusión de Guía de Buenas prácticas, tríptico y carteles de Higiene de Manos Formación al personal sanitario Reducción de infecciones sanitarias, medidas a través de estudios de incidencia y prevalencia de infección en paciente quirúrgico Fomento de la cultura de seguridad entre el personal sanitario Incremento de la satisfacción de los y las profesionales, de los pacientes y familiares La necesidad principal ha sido la inversión en materiales para la implantación de la Higiene de Manos

Lecciones aprendidas.
Sinergia por creación de un equipo multidisciplinar permitiendo un enfoque más completo, tanto sanitario como metodológico, y mayor implicación del personal La importancia de contar con la implicación de la Dirección asi para la dotación de recursos materiales y humanos para la puesta en marcha del proyecto Importancia de metodología clara y sencilla para el estudio, implantación y seguimiento de la estrategia Concienciación a las personas como clave para la realización de este proyecto Difusión de la cultura de SP como oportunidad de mejora

C-449

ESCALAS DE MEDICIÓN DE SALUD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ASEGURAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

GÓMEZ GONZÁLVEZ, G*.; GUTIÉRREZ ARANDA, JM; CEREZO SANMARTÍN, M Y TÓMAS LIZCANO, A.
DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA. HOSPITAL

Palabras Clave: Historia, Enfermería, Seguridad, Registros, Escalas, Cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Departamento de Salud de Torrevieja, trabajamos con una historia clínica electrónica integral (HCE) compuesta por un módulo clínico y un módulo de gestión. En el área de enfermería, se realizó una optimización de las pantallas de registros enfermeros orientada a la Seguridad del Paciente a través de escalas de salud.

Descripción del problema/necesidades.

La mayor parte de la población del Departamento sufre patologías problema/ crónicas diversas y escaso apoyo familiar, para ello necesitábamos la necesidades herramienta que nos permitiese:

- Facilitar la gestión de los cuidados
- Obtener registros con mayor información sobre el paciente y mejor organización del trabajo, de fácil manejo y funcionalidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Un grupo de trabajo de Enfermeras e Informáticos del Departamento de Salud de Torrevieja, elaboró unos nuevos registros de Enfermería siguiendo el proceso enfermero y la utilización de las últimas tecnologías informáticas. Una vez consensuados los documentos se validaron por las enfermeras del proyecto en un entorno de pruebas de la aplicación informática, para pasar a una segunda fase de formación del personal de enfermería y su posterior implementación en la HCE. Entre los nuevos registros se incluyó una pantalla referente a escalas de salud, las cuales se seleccionaron en base a la tipología de pacientes que atiende el Departamento: 1.Escala de Glasgow. 2.Escala de dependencia Barthel. 3.Escala de sobrecarga del cuidador Zarit. 4.Escala de intencionalidad suicida “Beck”. 5. Escala de dependencia alcohólica “Cage”. 6.Escala de riesgo de caídas “Downtown” 7.Escala de ansiedad “Hamilton”. 8.Escala de deterioro cognitivo “MEC”. 9.Escala de dependencia de la Nicotina “ Fagerström” 10.Escala de depresión “Beck” 11.Escala de valoración de Riesgo de UPP. “Norton/Emina”

Resultados obtenidos.

Hemos conseguido en 3 meses de implementación de los nuevos registros (marzo-abril-mayo 2009) un 90% de cumplimiento. Por otra parte, la aplicación informática Florence en el módulo Gestión nos permite realizar una explotación de los datos registrados por los enfermeros: Población en riesgo de desarrollar úlceras por presión, población con riesgo de caídas, riesgo de cansancio del cuidador principal, diagnósticos de enfermería.

Lecciones aprendidas.

La incorporación de escalas de salud y la explotación de la información registrada en el proceso de atención de enfermería proporciona una información cuantificada y práctica en indicadores de calidad de cuidados y seguridad del paciente,lo cual contribuye a la toma de decisiones que repercute en beneficio del estado de salud del paciente.

C-450

ANÁLISIS Y MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE COMPARATIVA DE LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

RODRÍGUEZ BENITO, V.; SEVILLANO ROMERO, R.; ARASA GASTALDO, E.; USERO RUIZ, A.; SAUS CARRERES, A. Y VISCONTI GIJON, J.
INACEPS

Palabras Clave: Seguridad, Paciente, Acreditación, Comparación, Mejora, Hemodiálisis

RESUMEN

Contexto de partida.

En base al Manual para la Acreditación de Unidades de Hemodiálisis y siguiendo el procedimiento establecido por el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, se ha realizado la evaluación externa de Unidades, tanto de carácter público como privado concertado con la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo de este trabajo es contribuir a la mejora de la seguridad del paciente que acude a las Unidades de Hemodiálisis y homogeneizar al máximo la prestación que reciben.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Durante 5 días un equipo evaluador valora el cumplimiento de los 580 soluciones aportadas criterios que conforman el Manual para la Acreditación. El nivel de cumplimiento se evalúa puntuando del 1 al 5 los criterios, los cuales presentan un peso ponderado en base a la importancia y viabilidad de los mismos establecido por facultativos especialistas en nefrología.

Al tratarse de una evaluación cuantitativa, ésta permite el análisis comparativo y la identificación de puntos fuertes y débiles comunes, en base a las medias y desviaciones típicas de los valores obtenidos en la evaluación de los criterios.

Los resultados obtenidos serán difundidos entre los facultativos especialistas así como los directivos de las entidades y/u organizaciones sanitarias de la Comunidad Valenciana en una jornada que se realizará durante el mes de octubre.

Resultados obtenidos.

Tras el análisis de los resultados se evidencia que la dotación y cualificación de lo profesionales, la planificación estratégica de las actividades asistenciales, el soporte documental para el mantenimiento y funcionamiento de la planta de agua, el resultado de los controles químicos y microbiológicos, así como la aplicación de protocolos clínicos son puntos fuertes en las Unidades analizadas.

La continuidad de la asistencia sanitaria al paciente en la comunicación con los centros de Atención Primaria, los sistemas de monitorización ante acontecimientos centinela, las actividades relacionadas con la vigilancia sanitaria y el análisis exhaustivo de los resultados así como la plasmación documental de acciones de mejora son los puntos débiles detectados.

Lecciones aprendidas.

Concluimos que la evaluación cuantitativa de la calidad nos permite conocer la situación de las unidades de hemodiálisis. Esta información es muy útil para mejorar la prestación de las unidades y redunda en la seguridad de los pacientes. Proponemos la formación de una comisión formada por nefrólogos especialistas que determine como establecer las acciones de mejora pertinentes que se expondrán en unas jornadas a todo el colectivo.

C-451

ANÁLISIS EN LA FASE PREANALÍTICA: EVALUACIÓN DE INDICADORES EN UN PUNTO DE EXTRACCIÓN.

DUARTE GARCÍA, AM; GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, MJ; RODRÍGUEZ MURILLO, J; MENA POSTIGO, MI Y MÉRIDA DE LA TORRE, FJ.
Servicio Laboratorio

Palabras Clave: Calidad, Extracción, Efectividad, Seguridad Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
Consulta Externa de Extracción. Servicio Laboratorio. Unidad de Gestión Clínica. Área Sanitaria Serranía de Málaga.
Descripción del problema/necesidades.
Dada la importancia que supone el control en la fase preanalitica del Laboratorio y tras detectar de forma continuada “debilidades” en general en todo el proceso previo al análisis, decidimos “medir” a través de unas variables, cuales fueron las deficiencias más frecuentes(grado de cumplimentación de la petición y conocimiento del paciente sobre la determinación a realizar), asi como adoptar medidas de mejora para subsanar esta incidencia.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El estudio se llevó a cabo en la consulta de extracción anexa al Laboratorio, por el personal de la misma y por facultativos durante los primeros meses del año 2009, seleccionándose de forma aleatoria, una población de 120 pacientes, a los cuales se les realizó una encuesta sobre Aspectos Generales de su analítica (9 ítems), sobre otras cuestiones más específicas (Analíticas Especiales: 4 ítems), asi como sobre otras relacionadas con la Petición (3 ítems).
Resultados obtenidos.
1.De todos los items evaluados en relación a los Aspectos Generales, destacar, que la mayoria de los pacientes(71%) respondieron afirmativamente a los mismos, con la excepción de los ítems” horario del punto de extracción (66.4%) y tiempo de los resultados (60.5%) que lo hicieron negativamente.En el resto de los ítems de este grupo no observamos diferencias significativas entre las respuestas positivas y negativas. 2. En las cuestiones sobre Analíticas Especiales, señalar que la mayoria de los pacientes respondieron de forma negativa (75%), con la excepción del ítems “necesidad de acudir al punto de extracción en el que lo hicieron de forma afirmativa(75%). 3. En el apartado “Cuestiones sobre la Petición” el único ítems que destaca con resultado positivo fue la “cumplimentación correcta de la misma (76%)”, lo que indica, no obstante, el destacado porcentaje de mala cumplimentación(24%).
Lecciones aprendidas.
1. El establecimiento de planes de mejora para afrontar debilidades detectadas en las encuestas, se muestra como una estrategia acertada, mejorando los resultados y empeorando aquellos en los que no se lleva a cabo. 2. Necesidad de persisitir en la aplicacion de medidas correctoras encaminadas a mejorar la efectividad y la seguridad del paciente en el área preanalítica.

C-452

PLAN DE MEJORA DE LAS ALERTAS DE FARMACOVIGILANCIA EN EL APLICATIVO OMI-AP DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

GIMENEZ ARNAU, JAVIER; SERRANO NAVARRO, ANTONIO; HERRERO DELICADO, RAFAEL; SANCHEZ RUIZ, JOSE FRANCISCO; HERRANZ VALERA, JOSE JAVIER Y PEÑALVER JARA, Mª JOSE.
DIRECCIÓN GENERAL ASISTENCIA SANITARIA. S.M.S

Palabras Clave: Farmacovigilancia, RAM., Alerta sanitaria, OMI-AP, seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Seguridad del Paciente es trascendental el uso de medicamentos. Los programas de farmacovigilancia aportan datos de forma constante de la relación beneficio-riesgo que presentan los medicamentos una vez comercializados. En 2008 las notificaciones recibidas a través de este formato constituían un 29 % del total de RAM notificadas. Los medicamentos más involucrados fueron antiinfecciosos, cardiovascular y musculoesquelético.
Descripción del problema/necesidades.
Se proponen varias estrategias para optimizar la notificación de alertas, se establecen siguiendo el sistema de gestión por procesos en cuya implantación participa el Centro de Información y Evaluación de Medicamentos (CIEMS), la D.G. Asistencia Sanitaria y la S.D.G. Tecnologías de Información. Las alertas requieren un procedimiento de actuación por motivos tales como seguridad, calidad, ilegalidades o problemas de abastecimiento. Se definen dos procesos. El de comunicación desde CIEMPS a Gestión Farmacéutica para que actúen sobre Nomenclátor/Vademecum, y desde Gestión Farmacéutica a los responsables técnicos de OMI-AP para ejecutar las alertas
Desarrollo y soluciones aportadas.
Establecer un protocolo ante las alertas de medicamentos de uso humano, que permita su difusión a todos los profesionales sanitarios, aprovechando las nuevas tecnologías y las herramientas de las que dispone actualmente el Servicio Murciano de Salud. Se proponen dos acciones, uso del correo electrónico corporativo, a través del cual se podría realizar el envío masivo a todos los profesionales de la alerta farmacéutica. A través de la mensajería de OMI-AP aviso de alerta farmacéutica a todos los médicos. En otras situaciones se actua sobre los profesionales involucrados, para detectar pacientes con esta prescripción, informar a los profesionales, ver las prescripciones realizadas, los pacientes afectados y medidas a seguir, se utilizará la opción flash para alertas
Resultados obtenidos.
Validación de la mensajería de OMI-AP, como de los flash, hemos utlizado: selección del centro destino del mensaje, texto a enviar, profesionales a los que va dirigido, mensaje normal o urgente, envío del mensaje, fichero huella de los envíos, comprobación de la recepción, verificación del contenido.
Pilotandose en un centro con una población de 24.000 personas y 50 profesionales
Lecciones aprendidas.
La necesidad de establecer una red corporativa que implique a los profesionales sanitarios, y a los gestores con el fin de mejorar la calidad asistencial, no solo la percibida sino en la seguridad de los pacientes es además un reto permanente para nuestra organización

C-453

AUDITAR E INFORMAR COMO ESTRATEGIA DE MEJORA LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA

MARTINA PRADA PEÑA; SALVADOR GRUTZMANCHER; DOMINGUEZ A; ANTONIO CAMACHO PIZARRO; RIVAS R Y BOCANEGRA CASIMIRO.
Hospital Juan Ramón Jiménez

Palabras Clave: Auditar, prescripción, continuidad asistencial.

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en el Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, por profesionales del servicio de Documentación Clínica y de Farmacia.
Descripción del problema/necesidades.
La prescripción de medicamentos por principio activo, según la OMS, es una norma de buena práctica clínica, con la cual se evitan errores y se facilita la continuidad asistencial interniveles. Por otra parte, la prescripción por nombre comercial, en informes de alta hospitalaria, condiciona la prescripción del médico de atención primaria. Esta inducción en la prescripción se evitaría si el tratamiento de los informes del alta se prescribiese por principio activo. Para cuantificar este problema, se realiza durante el año 2008 un estudio prospectivo realizando inicialmente un corte transversal donde se evaluó la prescripción por principio activo (PA) en los informes de alta realizados en el primer cuatrimestre de 2008 y posteriormente se analiza e informa de la auditoria. Lo mismo se realiza para el segundo y tercer cuatrimestre
Desarrollo y soluciones aportadas.
La muestra se obtuvo del CMBD del periodo indicado y de ella se seleccionaron aleatoriamente 38 historias clínicas,por servicio en cada cuatrimestre a evaluar ,posteriormente se consulta en la historia clínica electronica del hospital (CLINET) los informes de alta cuatros servicios elegidos al azar. La evaluación se realizó mediante la metodología del muestreo por lotes, que se basa en la distribución binomial y que permite indicar si la prescripción del informe cumple o no el indicador (% de prescripción por PA ≥ 65%). 228 Informes de alta revisados en el año.
Resultados obtenidos.
Servicios 1er Cuatrimestre 2do Cuatrimestre3ero Cuatrimestre Cirugía 69,2 53,8 84,8 Medicina Interna56,76 79,3 82,9 Oncología 54,4 45,3 58,92 Urología 57,6 82,4 84,8 Hay variabilidad de los resultados,aunque en forma general son positivos.
Lecciones aprendidas.
*Auditar e Informar al médico de las cifras de prescripción por principio activo en el informe de alta contribuye a mejorar dicho indicador *Impulsar la continuidad del tratamiento farmacológico desde área hospitalaria hacia atención primaria, mejorando la seguridad del paciente y las relaciones interniveles.
*Mejorar la calidad de la auditoria incluyendo en la próxima evaluación la posología y duración del tratamiento *Ampliar esta estrategia de trabajo a otros servicios.

C-454

PLAN DE MEJORA DEL ÁREA DE ATENCIÓN A LA URGENCIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

SOTERAS LIMÓN, MD; LAGARES LÓPEZ, R; RABADÁN FERNÁNDEZ, A; ROMERO GONZÁLEZ, JM;
ANGULO GARCÍA, MC Y ATIENZA MARTÍN, FJ.
C.S. ADORATRICES (Huelva)

Palabras Clave: Atención Urgente, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
En una Unidad de Gestión Clínica (Centro de Salud de Atención Primaria de ámbito urbano) en la que existen acuerdos individuales de objetivos, entre los que se encuentra, para un grupo multiprofesional(médico, enfermeras y auxiliar de enfermería), la realización del Plan de Mejora de la Atención Urgente de la Unidad
Descripción del problema/necesidades.
Utilizando la metodología de tormenta de ideas y escucha activa, se identifican las oportunidades de mejora: Carro de parada dotado adecuadamente; Conocimiento del manejo del monitor-desfibrilador; Circuito de reposición del material y control de caducidades; Recepción y traslado de los pacientes con necesidad de atención urgente; Conocimiento de los protocolos de actuación ante las urgencias; Coordinación para la atención simultánea de la consulta habitual y las urgencias. Tras una priorización por criterios de magnitud, trascendencia y factibilidad se decide abordar las oportunidades de mejora: Carro de parada dotado adecuadamente; Conocimiento del manejo del monitordesfibrilador; Circuito de reposición del material y control de caducidades Se realizó un análisis de causas mediante un diagrama causa-efecto identificándose causas externas como la falta de suministro de algún material, causas internas: ausencia de responsables y de registros; causas de los clientes: uso inadecuado de los recursos y causas del profesional: déficit de motivación, formación e información
Desarrollo y soluciones aportadas.
El grupo de mejora planteó las siguientes soluciones: Dotación estandarizada del carro de parada con elaboración de lista de chequeo de material y medicamentos con fecha de caducidad. Nomabra responsable de revisión y cronograma de las revisiones Elaborar circuito de reposición de fungible y medicamentos con responsable y hoja de pedidos. Realizar sesiones de formación interna para maejo del desfibrilador y difusión de los protocolos de actuación del Plan de Urgencias Realizar un Plan de Acción y Cromograma de las intervenciones de mejora, con sus responsables
Resultados obtenidos.
Se ha elaborado el listado de materiales y medicamentos del carro de parada Se han colocado en ampularios y cajas de color rojo para soporte circulatorio y azul para vía aérea Se ha reorganizado la vitrina de medicación, con contenedores fijos con nombre y fecha de caducidad visibles Se realizado sesión formativa sobre manejo de desfibrilador y tratamientos cortos De estas actuaciones ha surgido la solicitud de formación en RCP básica para personal no sanitario
Lecciones aprendidas.
El Plan de Mejora motiva a los profesionales del equipo para la búsqueda de soluciones efectivas

C-455

PLAN DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

PINTOR-MÁRMOL, A; BARÓ, L; LLAMAS DEL CASTILLO, MD; PÁEZ VALLE, R; ORTEGA TUDELA, G Y BAYONA GARCÍA, M.
DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Antibióticos, Pediatría, Uso Racional del Medicamento

RESUMEN

Contexto de partida.

El Contrato Programa de Servicio Andaluz de Salud(SAS), estableció en 2008 indicadores de calidad de prescripción de antibioterapia en pediatría(ICPAP). El Servicio de Farmacia de Distrito de Atención Primaria (AP) trata de impulsar actuaciones de mejora para el uso adecuado y seguro de medicamentos.

Descripción del problema/necesidades.

La prescripción de antibióticos en octubre del 2008 se caracterizaba por:ICAP por debajo de la media de Andalucía,alta variabilidad entre facultativos,alta frecuentación de niños a urgencias,discrepancia entre criterios de prescripción en urgencias y pediatría

Desarrollo y soluciones aportadas.

El plan de mejora consistió en:1.Formación de un grupo de mejora constituido por pediatras del Distrito,dos farmacéuticos y el coordinador de urgencias.2. Elaboración de una “Guía empírica sobre antibioterapia pediátrica en AP”, adaptada y consensuada.3. Difusión de la guía a pediatras,médicos de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) y Dirección Médica del Hospital de referencia.4.Impartición de sesiones clínicas a los médicos DCCU por parte de un pediatra del grupo(enero 09).5.Para la evaluación del plan se establecieron como indicadores de monitorización trimestral de ICAP.Se elaboró una encuesta dirigida a los pediatras de EBAP para que valorasen la utilidad de las medidas puestas en marcha(guía, sesión) y su repercusión en la prescripción de antibióticos en urgencias

Resultados obtenidos.

El plan de mejora consistió en:Formación de un grupo de mejora constituido por pediatras del Distrito,dos farmacéuticos y el coordinador de urgencias.Elaboración de una “Guía empírica sobre antibioterapia pediátrica en AP”, adaptada y consensuada. Difusión de la guía a pediatras,médicos de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias(DCCU) y Hospital de referencia. Impartición de sesiones clínicas a los médicos DCCU por parte de un pediatra del grupo(enero 09).Para la evaluación del plan se establecieron como indicadores de monitorización trimestral de ICAP.Se elaboró una encuesta dirigida a los pediatras de EBAP para que valorasen la utilidad de las medidas puestas en marcha(guía, sesión) y su repercusión en la prescripción de antibióticos en urgencias

Lecciones aprendidas.

Una medida fundamental que ayuda a mejorar la calidad en la prescripción es la participación activa de los profesionales implicados.Es beneficioso incorporar a los médicos DCCU dentro de los mismos protocolos de actuación de los pediatras, para homogenizar criterios de prescripción, que sean adecuados y seguras para la población

C-456

LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN MUTUALIA

ULIBARRENA SAINZ, MIGUEL ÁNGEL ; SAINZ DE VICUÑA BRAVO, LEIRE; OLEAGA GOIA, FCO. JAVIER; RIBACOBA BAJO, LAUREANO; TELLERÍA MACAZAGA, ANE Y VÁZQUEZ MARTÍNEZ, ALBERTO.
MUTUALIA ÁLAVA

Palabras Clave: Plan, Seguridad, Metodología, Calidad, Mutualia, Riesgos

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Área Sanitaria de MUTUALIA, mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, líder en el País Vasco, y reconocida con la Q de Oro por su sistema de gestión de Calidad Total.
Para su elaboración, se definió un equipo de trabajo compuesto por personal de diferentes estamentos y especialidades sanitarias, apoyado por Organización y Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

La medicina actual es cada vez más efectiva, pero simultáneamente está más expuesta a riesgos asistenciales. Esto supone un reto para todos los sistemas sanitarios.
MUTUALIA comparte este objetivo, y ha hecho de la Seguridad de Pacientes una de sus preocupaciones. Así, ha elaborado el Plan de Seguridad de Pacientes y ha constituido la Unidad de Gestión de Riesgos con el fin de dar respuesta a esta problemática, y desplegar las estrategias de calidad técnica y eficiencia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Este plan de riesgos se estructura en torno a tres grandes estrategias: - Estrategia 1: Potenciar la cultura, formación e investigación en seguridad de pacientes. - Estrategia 2: Profundizar en la integración de la seguridad de pacientes en la actividad asistencial. - Estrategia 3: Fomentar la participación de pacientes y su entorno.
Como consecuencia del Plan, se ha diseñado una Unidad de Gestión de Riesgos (UGR), que tiene como misión liderar la implantación del Plan para la Seguridad de Pacientes y transmitir la cultura de Seguridad Clínica.

Resultados obtenidos.

Podríamos resumir los principales resultados del trabajo realizado en los siguientes puntos: - Se ha elaborado un Plan de Seguridad de Pacientes para MUTUALIA. - Se ha creado una Unidad de Gestión de Riesgos, que ha realizado importantes avances en la implantación del Plan de Seguridad de Pacientes, entre los que destacan la realización de jornadas de difusión, la creación de una Comisión de Infecciones, la definición de un sistema de notificación de efectos adversos, y la elaboración de una guía de buenas prácticas en higiene de manos.

Lecciones aprendidas.

- Ha resultado fundamental la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar. - La dotación de recursos -materiales y humanos-es un requisito imprescindible para la puesta en marcha de las estrategias definidas. - Definir una metodología clara y sencilla para la implantación y seguimiento del Plan de Seguridad de Pacientes. - Difundir la cultura de la seguridad de pacientes como una oportunidad de mejora, huyendo del enfoque punitivo. - Contar con la implicación de las personas.

C-457

ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE GASTROPROTECTORES (IBP) EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AINE POR PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

IONE MIREN AGUIRRE ZUBILLAGA; MIGUEL ULIBARRENA SAINZ; JUAN JOSE AURREKOETXEA AGIRRE; VICTOR ETXENAGUSIA CAPELASTEGUI; NURIA ATXAERANDIO GALDOS Y Mª ASUNCION RUIZ DE GALARRETA ZUBILLAGA.
Mutualia Álava

Palabras Clave: Seguridad Clínica, Gastroprotección, AINEs

RESUMEN

Contexto de partida.
Centro asistencial de Mutualia MATEPSS nº2.
Descripción del problema/necesidades.
Los AINEs constituyen uno de los grupos farmacológicos de más frecuente uso.Los efectos secundarios más frecuentes originados por AINEs se dan en aparato digestivo.pero no más del 1.5% de pacientes tratados con AINEs sufren una complicación Los factores de riesgo que predisponen a un individuo a padecer una complicación gastroduodenal están bien definidos y la profilaxis se debe indicar solo en pacientes de riesgo, ya que solo en esta población la prevención es coste-efectiva. El objetivo del estudio es conocer el grado de adecuación de la indicación de la prescripción de gastroprotección, en pacientes con patología traumática y en base a los criterios de indicacion recogidos en la evidencia cientifica
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio retrospectivo de revisión de Historias Clínicas cerradas iniciadas en 2009, atendidas por médicos de Atención Primaria de Mutualia y seleccionadas de forma aleatoria (cadencia de 5) De las 115 Historias a estudio se rechazaron 18 y de las 97 incluidas, se prescribieron AINEs a 78 pacientes (80.41%) indicándose tratamiento con IBP a 56 pacientes. Al valorar la indicación de la prescripción se contemplan las siguientes situaciones:1.IBP prescritos con indicación(10.25%):2.IBP prescritos sin indicación(61.53%): 3.IBP no prescritos, existiendo indicación(0%): 4.IBP no prescritos, no existiendo indicación(28.20%).
Resultados obtenidos.
Consideramos prescripciones adecuadas los casos 1 y 4 e inadecuadas los 2 y 3. No hubo ningún caso de prescripción inadecuada por defecto(casos 3).El porcentaje de inadecuación de la prescripción de gastroprotección fue del 61.53% y en todos los casos fue inadecuada por exceso. La indicación fue adecuada en el 38.46% de los casos.
Se estudiaron otras variables: edad, sexo, grupos de patología según códigos CIE, facultativo y si la prescripción de IBP está condicionada por la prescripción previa en el Servicio de Urgencias. Tan solo se encontraron diferencias significativas, al analizar estas variables entre los facultativos del equipo a estudio, con una prescripción inadecuada comprendida entre el 28% de un facultativo y el 86% de otro profesional del equipo.
Lecciones aprendidas.
Medidas correctoras: 1. Protocolizar la prescripcion de gastroprotectores 2. Sesiones formativas a los miembros de equipo 3. Implantar la Hª clinica informatizada para evitar errores de prescripcion 4. Proponer sesion formativa en el escalon asistencial previo a Mutualia

C-458

PRESCRIPCIONES MÉDICAS EN SOPORTE INFORMÁTICO: MENOS PAPEL, MENOS ERRORES

CARRALLO SÁNCHEZ, M.T.* Y DURÁN BARQUERO, P.*.
CAPIO CLIDEBA

Palabras Clave: Error, Transcripción, Prescripción, Orden Médica, Conciliación

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en el hospital CAPIO CLIDEBA. En el Servicio de Farmacia. Farmacéuticos, Médicos y Enfermeros.
Descripción del problema/necesidades.
Detectados errores al transcribir la orden médica al soporte informático implantado.
necesidades Consecuencias: problemas relacionados con los medicamentos.
Se crea indicador de calidad para medir los errores. Se diferencian los errores detectados en dos tipos: de transcripción y de prescripción. Se evalúan los resultados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Describiendo los indicadores (transcripción y prescripción): revisión de HHCC (historias clínicas) Farmacéuticos, Médicos, Enfermeros e Informáticos. Concienciando al personal implicado mediante reuniones informativas/formativas. 2006: Análisis de la situación 2007: Líneas de actuación 2008:Implantación 2009: Seguimiento
Resultados obtenidos.
Efectos muy positivos. La medición continúa a través de los indicadores de calidad creados a tal efecto. Prácticamente en su totalidad, siempre queda el factor humano. NO. Las que van surgiendo se van solucionando, el programa informático que da soporte asistencial tiene amplia cobertura .
Lecciones aprendidas.
La seguridad del paciente depende de un equipo multidisciplinar. La coexistencia de soporte informático y formato papel deben reducirse al máximo, la duplicidad de formatos duplica el riesgo de errores. Implantar soporte informático y controles adecuados en los puntos críticos de un hospital. Las nuevas tecnologías requieren una innovación que supone cambios de hábitos y de mentalidad, necesarios para seguir avanzando.

C-459

ESTUDIO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A CATÉTERES VASCULARES EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTOS ONCOHEMATOLÓGICOS.

ALDOR ARRIARÁN,M; ALIJA LÓPEZ,V; PÉREZ PALOMARES,C; BOO PUENTE,M.J; REVUELTA ARROYO,R Y PORTILLA CALVA,I*.
Hospital Sierrallana. SCSALUD

Palabras Clave: Extravasación, Citostático, Acceso Venoso

RESUMEN

Contexto de partida.

Ámbito de actuación: Hospital Sierrallana. Hospital día médico. Personal implicado: Personal enfermero hospital día médico.

Descripción del problema/necesidades.

En 2004 el Servicio Cántabro de Salud publicó una guía de inserción-mantenimiento de catéteres complementada en hospital de día con el protocolo de administración de citostáticos-extravasaciones Ambos se difunden anualmente mediante talleres prácticos y formación específica. La extravasación de citostáticos es un evento adverso grave,de ahí la importancia de evaluar la adecuación a los protocolos Objetivos: Evaluar el grado de implantación de la guía de inserción-mantenimiento de catéteres y protocolo de administración de citostáticos en pacientes con tratamientos oncohematológicos Conocer el porcentaje de extravasaciones de citostáticos Comparar los resultados con las extravasaciones registradas en la literatura Comparar los resultados con los obtenidos en el hospital Identificar áreas de mejora

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio prospectivo observacional Criterios inclusión: Pacientes con tratamiento oncohematológico portadores de acceso venoso junio 2008-enero 2009 Se recogieron datos identificativos, variables clínicas,tipo de dispositivo,técnica de inserción,cuidados de vía y complicaciones

Resultados obtenidos.

Ciclos de quimioterapia:376.Pacientes:84.Nº citostáticos:1258 (43% vesicantes/ irritantes).Vías canalizadas:498 20% reservorios:79% accesos periféricos (70% calibre 22G;9% 20G) Lugar inserción vías periféricas:66% antebrazo:15% brazo:7% dorso mano:10%muñeca Causas de retirada;Protocolo 94%; Petición paciente1,6%;Obstrucción 0,6%;Flebitis 0,6%;Extravasación prequimioterapia 0,4%;Extravasación citostático 0,2%;Holgura punto inserción 0,6%;Hematoma 0,2%;Arrancamiento0,2%;Enrojecimiento0,8% Incidencia de complicaciones:3,6% Porcentaje global de cumplimiento protocolo:99,8% Vías venosas con permanencia mayor a 24h: 25,3% Media días de inserción catéteres;2,58. Desviación típica;0,89 Complicaciones 1ª vía:12,6% Complicaciones 1º vía resto hospital:17,9%
Necesidad;Educación sanitaria a pacientes con extravasación

Lecciones aprendidas.

Porcentaje de extravasaciones es similar a los mejores registrados en literatura(0,2%) Elevado grado de cumplimiento de protocolos vigentes(99,8%) Menor índice de complicaciones en vías de más de 24 horas que las registradas en el resto del hospital(5,3% menos) La adecuación a protocolos reduce riesgo de complicaciones y mejora la seguridad clínica La formación específica es el pilar del trabajo bien hecho
Necesidad de crear hoja de recomendaciones postextravasación para cuidados.

C-460

FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE 1565 PACIENTES TRATADOS SIGUIENDO LA VÍA CLÍNICA DE LA FRACTURA DE CADERA

GALÍ LÓPEZ J*; PUIG ROSSELL C; VILA SANTASUANA A; ROSELL SALVADOR G; HERRERO MUÑECAS M Y BLABIA ESTERUELAS M.
Hospital de Barcelona

Palabras Clave: Cadera, Fractura, Mortalidad

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio realizado por el equipo de traumatología de urgencias del Hospital de Barcelona.

Descripción del problema/necesidades.

La fractura de cadera es una patología relacionada con una tasa de problema/ mortalidad elevada. El objetivo del estudio fue analizar, durante el necesidades primer año post-traumatismo, los factores relacionados con la mortalidad, de los pacientes afectos de una fractura de cadera y de edad superior a 64 años

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Inclusión de los pacientes, de edad superior a 64 años, ingresados desde Junio de 1997 hasta Junio de 2006, en el Hospital de Barcelona, por presentar una fractura de cadera y tratados siguiendo una vía clínica. Exclusión por negativa al tratamiento propuesto. Análisis de los factores relacionados con la mortalidad comparando dos grupos: el de los pacientes que fallecieron durante el 1er año post-fractura (GM) y el grupo formado por el resto de los pacientes (GC). Registro y análisis de datos: File Maker, Excel. Análisis estadístico: test de la chi2 para variables categóricas y test de Student para variables continuas. Nivel de significación estadística p>0,05

Resultados obtenidos.

Se incluyeron en el estudio 1579 pacientes. Fueron eliminados del estudio 13 pacientes (9 por pérdida en el seguimiento). De los 1565 pacientes restantes, un 22,2% (347) presentaron un exitus vitae dentro del 1er año postratamiento. La edad media del GC fue de 81,5+/-7,1 años frente a los 85,7+/-7,2 del GM (p>0,05). La estancia media del GC fue de 7,3+/-3,5 días frente a los 7,8+/-4,4 días del GM (p>0,05). Las principales variables relacionadas con la mortalidad con significación estadística (p<0,0001) fueron: edad avanzada, estado funcional previo, antecedentes de demencia senil o patología cardiorespiratoria, presencia de complicaciones médicas intrahospitalarias y necesidad de aporte sanguíneo. Se encontró también significación estadística en las siguientes variables: lugar del accidente, domicilio habitual del paciente, presencia previa de patología urológica o digestiva, alteración de la conciencia post-ingreso, demora quirúrgica, presencia de decúbitos, destino y estado funcional al alta hospitalaria, infección profunda de la herida quirúrgica y luxación protésica

Lecciones aprendidas.

En las condiciones de nuestro estudio el perfil de los pacientes con mayor probabilidad de fallecer tras sufrir una fractura de cadera es el denominado paciente frágil que presente complicaciones médicas intrahospitalarias

C-461

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO HOSPITALARIO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA

QUIRANTE, V.; GÓMEZ, A; MOYA, I.; TORRES, L.; CORRALES, R.; Y DEL RIO, S.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria Málaga

Palabras Clave: Analgesia Postoperatoria Controlada por el Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
·Lugar de realización: Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Organización multidepartamental: Grupo de trabajo de Dolor Agudo y Postoperatorio. Profesionales o grupos implicados: Servicios de Anestesiología y Reanimación, Farmacia Hospitalaria, Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Unidad de Gestión Aparato Locomotor, Dirección de Enfermería, Subdirección de Mejora y Sostenibilidad
Descripción del problema/necesidades.
·Presencia de alta prevalencia (aproximadamente 55%) de dolor postoperatorio de carácter severo/moderado en postoperatorio de cirugía ortopédica y traumatológica (COT)que constituye una importante fuente de morbilidad y disconfor en el paciente postquirúrgico. Se ha fijado como objetivo disminuir esta prevalencia en al menos un 20%
Desarrollo y soluciones aportadas.
·Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (facultativos y enfermeros) denominado Grupo de Trabajo de Dolor Agudo y Postoperatorio (GTDAyPO) que tras establecer sus conclusiones, objetivos y metodología de trabajo, los difundió a equipo de dirección hospitalario, jefes de Unidades de Gestión y de Servicios, facultativos mediante sesión clínica hospitalaria y enfermería mediante la realización de talleres específicos. El proceso se inició en septiembre de 2008. Se estableció un cronograma inicial de 8-9 meses distribuido en varias fases: información, creación de equipo multidisciplinar, plan formativo, implantación en Servicio piloto (COT), evaluación y generalización al resto de Servicios quirúrgicos. La solución aportada ha consistido en mejorar la calidad analgésica postoperatoria mediante la incorporación de dispositivos de dispensación continua de la medicación analgésica (elastómeros) dotados de sistemas de analgesia controlada por el paciente (PCA).
Resultados obtenidos.
·El proyecto se encuentra actualmente en fase de ejecución. No obstante, un estudio preliminar realizado en COT y cirugía digestiva concluyó que más del 90% de los pacientes tratados con analgesia mediante elastómeros se declararon satisfechos con la analgesia recibida ·El objetivo final de este proyecto será trasladar la metodología de trabajo a otras especialidades quirúrgicas y complementarlo con otras técnicas analgésicas más específicas (bloqueos regionales, etc.)
Lecciones aprendidas.
·La clave del éxito de la implantación de un protocolo hospitalario de analgesia postoperatoria radica en una estricta planificación, en la protocolización de los procedimientos y una cuidadosa preparación del personal médico y de enfermería

C-462

EVALUACIÓN DE LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO PARENTERAL EN PACIENTES PEDIÁTRIACOS HOSPITALIZADOS

MORALES MOLINA, JA; CANTO MANGANA, J *; MARTÍNEZ PLATA, JE; ACOSTA ROBLES, P; FERNÁNDEZ MARTÍN, JM Y VERDEJO RECHE, F.
EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Individualización del Tratamiento, Mezclas Intravenosas, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital de Poniente, desde el Area de Farmacia, se individualizan muchos medicamentos para ser administrados vía parenteral en pacientes pediátricos.
Descripción del problema/necesidades.
Se valoró evaluar todos los medicamentos que son individualizados para su administración parenteral en este grupo de pacientes, para garantizar su calidad y seguridad
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio reprospectivo realizado en un Hospital Comarcal durante 1 año. Todas las preparaciones parenterales individualizadas (PPI) fueron elaboradas por el Area de Farmacia en condiciones estériles. Las PPI fueron soluciones antimicrobianas, acondicionadas en jeringas precargadas y bolsas para infusión IV, etiquetadas e identificadas. Los datos obtenidos se registraron en el programa Dominión® t.i versión 3.2. Datos recogidos: Total de pacientes. Demográficos. Total de PPI. Tipos de PPI, concentraciones y acondicionamiento. Análisis microbiológico. Las concentraciones fueron ajustadas tras consenso con el Area de Pediatría. Cefotaxima: 50-200mg/kg/día en 3-4 dosis, Cloxacilina: 50-100mg/kg/día en 4 dosis, Vancomicina: 40mg/kg/día en 2-4 dosis (meningitis: 60mg/kg/día), Ganciclovir: 10mg/kg/día de inducción en 2 dosis, 14 días y 5 mg/kg/día de mantenimiento en dosis única, Gentamicina: 3-7,5mg/kg/día en 1-3 dosis, Ceftazidima: 100-150mg/kg/día en 3 dosis, Amikacina: 15-22,5mg/kg/día en 1,2 o 3 dosis.
Resultados obtenidos.
Total de pacientes: 118. Hombres: 69 (58,5%), edad: 15 meses. Total de PPI: 1448. Tipos de PPI, Cefotaxima: 1141 (78,8%), Cloxacilina: 102 (7,0%), Vancomicina: 63 (4,4%), Ganciclovir 52 (3,6%), Gentamicina: 37 (2,6%), Ceftazidima: 18 (1,2%), Amikacina: 16 (1,1%). Otras: 19 (1,3%). Concentraciones, Cefotaxima: 120-350 mg/dosis (rango edad: 6 días-15 años), Cloxacilina: 100-300 mg/dosis (rango edad:10 días-9 años), Vancomicina: 175-1000 mg/dosis (rango edad: 13 meses-9 años). El 86% de las PPI fueron acondicionadas en jeringas. En cuanto a los resultados microbiológicos, el 100% de las muestras analizadas estuvieron libres de contaminación
Lecciones aprendidas.
La mayoría de las PPI elabaradas por el Area de Farmacia correspondieron a antibióticos betalactámicos, principalmente Cefotaxima, y fueron acondicionadas en jeringas precargadas. La elaboración de un gran número de PPI para pacientes pediátricos hospitalizados supone una apuesta por la calidad y seguridad en la administración de medicamentos

C-463

PROTOCOLO DE OBTENCIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS AL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. DELIMITACIÓN DE RESPONSABILIDADES.

TORRES GÓMEZ, FJ; FERNÁNDEZ MACHÍN, P; RITA ACOSTA, MJ Y MARTÍNEZ MOYANO, A.
HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE UTRERA

Palabras Clave: Muestras, trazabilidad, Anatomía Patológica.

RESUMEN

Contexto de partida.
Han participado en la elaboración del trabajo la Unidad de Anatomía Patológica y el equipo de Enfermería del Hospital de Alta Resolución de Utrera.
Descripción del problema/necesidades.
Tras detectar errores en la trazabilidad de las muestras desde su obtención (origen) hasta su procesado, se ha elaborado un protocolo en que se analizan minuciosamente los distintos eslabones de la cadena de obtención y envío de muestras al laboratorio de Anatomía Patológica. Así, se puede realizar con garantías un seguimiento del recorrido y localización de la misma. La pérdida de una muestra o su estravío constituye un error de gran trascendencia para el paciente que puede derivar en una ausencia de diagnóstico o en una repetición de la toma con las consiguientes molestias, ansiedad, riesgo y gastos que pueden ir asociados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras la detección de un suceso centinela (falta de trazabilidad de la muestra en un punto de la cadena de custodia de la muestra) se decidió reunir a los distintos profesionales implicados en la misma con el fin de alcanzar un consenso en cuanto a la vía y las acciones a adoptar en cada paso comprendido desde la obtención de la muestra hasta su llegada y recepción al laboratorio de Anatomía Patológica. Se pretendía asimismo delimitar la responsabilidad de cada profesional implicado. Paralelamente se describieron los distintos pasos que la muestra debería recibir una vez recepcionada en el laboratorio de Anatomía Patológica. El protocolo fue elaborado por el personal facultativo y técnico de la Unidad de Anatomía Patológica y el personal facultativo y de enfermería de los distintos puntos de extracción de muestras (área de consultas y quirófanos), representado por sus coordinadores. El circuito adoptado así como la delimitación de responsabilidades consensuada fue difundida entre los distintos profesionales participantes en el mismo (se incluyeron celadores u personal auxiliar tanto del área de consultas como de quirófanos). El proyecto tuvo cuatro fases bien identificadas:reflexión,puesta en común,creación del circuito,difusión de la información
Resultados obtenidos.
Se obtuvo un protocolo consensuado que ha demostrado ser eficaz para el objetivo que lo condicionó. Para validar esta afirmación se ha recurrido al registro de incidencias y se ha comprobado el descenso de las mismas en relación a la trazabilidad de la muestra.
Lecciones aprendidas.
Es necesario el consenso e implicación entre los distintos profesionales incluidos en un proyecto así como una adecuada delimitación de responsabilidades para que el buen funcionamiento del mismo pueda objetivarse.

C-464

PAPEL DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN SEGURA DE PACIENTES NEUROLÓGICOS.

GARCÍA MACÍAS M* ; NÚÑEZ TEJADA A; DÍAZ BLANCO D; PALOMO LARA JC; RODRÍGUEZ NOJA M Y FONTÁN RODRÍGUEZ C.
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: Seguridad, Auxiliar Enfermería, Alimentación Gestion, Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
UGC de Neurología. Auxiliares de enfermería (A.E.)
Descripción del problema/necesidades.
Detección de factores de riesgo relacionados con la alimentación. problema/ Análisis de riesgos dentro del plan de seguridad. establecimiento de necesidades medidas concretas para disminuir la incidencia de riesgos relacionados
con los cuidados de enfermería.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Entre los riesgos asociados a los cuidados que realizan las A. E. se detecto que era necesario actualizar sus conocimientos relacionados con la alimentación y mejorar la realización de las intervenciones de enfermería Alimentación, Alimentación enteral por sonda,Ayuda con los autocuidados: alimentación yEnseñanza dieta prescrita Diseñamos, dentro de la programación anual de formación en servicio, un módulo formativo relacionado con la alimentación e impartido por las A.E.(olicitada acreditación a la Agencia de Calidad) Los objetivos de éste módulo eran: -Formar a las A.E. en la importancia de la alimentación de los pacientes neurólogicos -Conseguir mediante la formación mejorar la calidad científico-técnica de éstos cuidados. -Apoyar a cuidadores y familiares de pacientes prestándole la educación sanitaria necesaria para atender al paciente. -Incluir en ésta formación a profesionales de enfermería de las unidades en las que habitualmente ingresan pacientes neurológicos Se han realizado 4 Sesiones de formación en servicio, impartidas por A.E. de la UGC de Neurología. Dos sesiones para los profesionales de la UGC y otras dos para las A.E. de las unidades que atienden con cierta frecuencia a pacientes neurológicos: UGC Ática y MI B. Las sesiones de formación fueron de 1h y se han llevado a cabo durante los meses de abril y mayo de 2009.
Resultados obtenidos.
100% de las A.E. de Neurología y el 75 % de las A.E. de las UGC ATICA y MI B están formadas. Formar en cuidados seguros relacionados con la alimentación ha supuesto disminuir el riesgo asociado a la misma El diseño de recomendaciones al alta para pacientes y familias refuerza la información/formación que imparten las A.E. cuando enseñan a las cuidadoras la manera segura de alimentar al paciente y el manejo de los dispositivos (SNG).El desarrollo del indicador de seguridad: complicaciones relacionadas con la alimentación permite a los profesionales implicados monitorizar éste riesgo.
Lecciones aprendidas.
La Formación sobre alimentación y sus complicaciones es fundamental para proporcionar cuidados de calidad.La actividad docente de las A.E. favorece la implicación de todo el colectivo, aumentando la colaboración en la disminución de riesgos relacionados con los cuidados de enfermería.

C-465

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS (EPIDEA) EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

FUENTES GÓMEZ, V; GAVIRA ALBIACH, P; FONTALBA DÍAZ, F; HIDALGO ROJAS, L; GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO, MT Y GRUPO EPIDEA.
E.P. HOSPITAL COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Efecto Adverso, Prevalencia, Seguridad de Pacientes

RESUMEN

Contexto de partida.
Coincidiendo con estudio EPINE 2008 se realizó estudio de prevalencia de efectos adversos (EA) en el Hospital Costa del Sol de Marbella. Participaron dos enfermeras y un facultativo de Medicina Preventiva con apoyo de un especialista en Medicina Interna.

Descripción del problema/necesidades.
La medida del riesgo ligado a cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud. La posibilidad que brinda anualmente la realización del EPINE, de revisar puntualmente la totalidad de historias clínicas de pacientes ingresados, permite registrar otra serie de EA diferentes a la infección nosocomial. Este es el fundamento del estudio EPIDEA, que toma como referencia el desarrollado en el Proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos), trata de ser explicativo y evidenciar la barrera que separa los EA evitables de los que no lo son

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio transversal de prevalencia, periodo de estudio (12 al 25 de mayo de 2008). Objetivos: determinar la prevalencia de EA y de pacientes con EA en el hospital Costa Del Sol, describir sus causas inmediatas, definir aquellos evitables y conocer su impacto en términos de incapacidad, exitus o prolongación de la estancia

Resultados obtenidos.
La muestra final fue de 284 sujetos, 54.3% De servicios médicos y 45.7% Quirúrgicos. Sin diferencias por sexo, mediana edad de 60 años. Identificamos 45 pacientes con ea. 21 Atribuibles a su propia enfermedad, en los 24 pacientes restantes se identificaron 27 ea. En 2 casos (7,4%) el ea se dio antes de la admisión, 7 (25,9%) durante un procedimiento, 16 (59,3%) en sala, 1 (3,7%) al final de la admisión y 1 posterior a un procedimiento. La prevalencia de pacientes con ea relacionados con la asistencia sanitaria fue de 8,6% (5,3% -11,9%). No existieron diferencias significativas en cuanto a edad o sexo, comorbilidades o factores de riesgo extrínsecos de los pacientes que sufrieron ea respecto de los que no presentaron. No encontramos asociación entre los ea y el pronóstico inicial de la enfermedad principal, ni el riesgo asa del paciente. La proporción de ea relacionados con la infección nosocomial resultó del 40.7 %, Con los procedimientos el 25.9 % Y con la medicación el 14.8 %. 50 % De los ea eran evitables. El 7,4% de los ea se relacionaron con exitus intrahospitalario, y el 59,3% tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia.

Lecciones aprendidas.
63,6% de los EA relacionados con la infección nosocomial, el 57,1% de los relacionados con los cuidados, el 50,0% de los relacionados con la medicación y el 0,0% de los EA relacionados con un procedimiento, se consideraron evitables

C-466

SEGURIDAD EN INTENSIVOS: UN CASO PRÁCTICO.

LÓPEZ IBORT, NIEVES; GONZÁLEZ DE LA CUESTA, DELIA; BARRADO NARVIÓN, MARÍA JESÚS Y BARA MACHÍN, GLORIA.
HUMS

Palabras Clave: seguridad, cuidados intensivos, PSI.

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de cuidados intensivos neurotraumatológicos, HUMS. Implicados el personal de la unidad, enfermeros principalmente.

Descripción del problema/necesidades.
Es una experiencia real sobre seguridad en los pacientes que ingresan en cuidados intensivos. Se trata de una unidad nueva. La Sra X ingresa en una unidad de cuidados intensivos tras una embolización por vía femoral de una malformación arterio-venosa. Una vez monitorizada y canalizada una vía central la paciente se encuentra en situación estable. A los 20 minutos sufre hemorragia importante por el punto de punción femoral. Detectada la situación a tiempo y por casualidad, se realiza hemostasia y se estabiliza a la paciente unas horas más tarde. Presentar un algoritmo de seguridad según el Plan de Seguridad Integral (PSI) aplicado a un caso práctico dentro de una unidad de cuidados intensivos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Aplicar el algoritmo del PSI a un caso concreto que se ha detectado en una unidad de cuidados intensivos. Llevando a cabo los pasos allí recogidos poder determinar los factores relacionados con el paciente, el entorno, los profesionales, la institución, los medios tecnológicos e informativos y la formación y educación de los participantes en el proceso. Identificar los puntos débiles, proponer medidas correctoras y de control del problema.

Resultados obtenidos.
Se detectaron áreas de mejora en cuanto a la vigilancia de los pacientes. Se propone instalar cámaras de vigilancia contínua. Hasta ahora no se ha resuelto el problema.

Lecciones aprendidas.
Es imprescindible la opinión de los profesionales que trabajan con los pacientes a la hora de diseñar una nueva unidad hospitalaria. Los problemas arquitectónicos una vez instaurados son irresolubles. Los profesionales entrenados y comprometidos son la solución a todos los problemas.

C-467

PREVALENCIA DE VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE EN HOSPITALES ESPAÑOLES: UN PROBLEMA DE SEGURIDAD

SATURNO HERNÁNDEZ, PJ; GAMA, ZAS* Y FONSECA MIRANDA, YA.
U.D. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. U. DE MURCIA

Palabras Clave: Gestión de la Calidad, Vacunación, Prevención de Infecciones

RESUMEN

Contexto de partida.
Realizamos un estudio transversal en una muestra representativa de hospitales del Sistema Nacional de Salud español (N=22) enfocado en los profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia y otros) adscritos a cualquier servicio del hospital.
Descripción del problema/necesidades.
Según el National Quality Forum, una de las buenas prácticas sobre seguridad del paciente en hospitales es vacunar el personal sanitario contra la gripe.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Nuestros objetivos fueron describir la prevalencia de personal sanitario vacunado en función del tamaño del hospital, analizar las variables sociolaborales relacionadas con la vacunación y comprobar la hipótesis de que la existencia de protocolos o campañas de vacunación están asociadas a la prevalencia de vacunación. Se distribuyeron 5748 cuestionarios autoadministrados sobre clima de seguridad que incluían una pregunta sobre la vacunación del entrevistado en el último año y otras variables sociolaborales. Además, también se solicitó la copia de los protocolos y campañas de vacunación de cada hospital.
Resultados obtenidos.
La tasa de respuesta fue de un 40% (2299 encuestas), siendo ligeramente mayor en los hospitales medianos (42,0%). En cuanto a la prevalencia de personal vacunado, el 39,5% (Rango=23,4% - 65,9%) se vacunó en el último año y este porcentaje no varió en función del tamaño del hospital en que trabajan. Tras el análisis multivariante, realizado para identificar factores predictivos de la vacunación, se identifican tres variables que aumentan el número de vacunados: profesional con más de 20 años de trabajo en el hospital (OR=2,04; IC95% 1,32-3,16); profesión enfermería (OR=1,26; 1,05-1,52); y presencia de protocolos o campañas de vacunación (OR=1,50; IC95% 1,25-1,79).
Lecciones aprendidas.
La vacunación contra la gripe debe ser más incentivada en los hospitales del sistema nacional de salud español. Un instrumento de ayuda puede ser la implementación de campañas o protocolos de vacunación específicos. Los grupos más receptivos a la vacunación son los enfermeros con más de 20 años en el hospital, indicando la necesidad de intensificar las actuaciones sobre el personal desde el momento de su incorporación en el hospital y sobre todo en los médicos.

C-468

LA AUTOPERCEPCIÓN FRENTE A LA PREVALENCIA DE HIGIENE DE MANOS EN UCI

ENRÍQUEZ DE LUNA RODRÍGUEZ, M; FUENTES GÓMEZ, V; CRESPILLO GARCÍA, E; FONTALBA DÍAZ, F; GAVIRA ALBIACH, P Y RIVAS RUIZ,F.
Hospital Costa del Sol

Palabras Clave: Handwashing, Nosocomial, Percepción, Compliance, Uci

RESUMEN

Contexto de partida.
En la UCI del Hospital Costa del Sol de Marbella, se observaró a profesionales sanitarios: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, que tuvieron contacto con el paciente y/o su entorno. Posteriormente se pasaron cuestionarios sobre conocimiento y autopercepción de la HM.
Descripción del problema/necesidades.
La medida primordial para prevenir infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), es la higiene de manos(HM). Sin embargo, su cumplimiento es bajo. Se observa que incluso en servicios de UCI, la adhesión a la HM es menor.
El propósito del estudio fue: 1. Cuantificar grado de cumplimiento de HM entre profesionales de nuestra UCI 2.Conocer la adhesión percibida por los trabajadores para ver si coinciden con su práctica real.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio de observación directa (OMS)no participante de forma aleatoria a los profesionales de UCI. Los períodos de observación oscilaron entre 20 a 30 minutos. La variable resultado fue realización correcta de HM según la OMS. Las variables predictoras fueron: el grupo profesional, el turno de trabajo, tipo de acción (jabón/solución alcohólica),la indicación de la acción(antes/después de tocar paciente y /o entorno). Para la adhesión percibida, se pasó un cuestionario anónimo validado de la OMS de 25 preguntas a todos los profesionales de la unidad, donde se recogieron conocimientos y autopercepción de HM
Resultados obtenidos.
De las 248 observaciones, 92(37,1%) fueron acciones correctas realizadas, frente a 156(62,9%) que no se hicieron. La tasa respuesta de los cuestionarios fue del 53,59%. Reconocen (59,95%), que la HM es la medida más eficaz para prevenir las IAAS y se consideran formados en el tema el 77,5% . Sólo el 8,6% considera que sus compañeros se lavan las manos en el 100% de las oportunidades, mientras que un 20,7% se consideran a sí mismos cumplidores al 100% y hasta un 61.5 % consideran cumplir con más del 50% de las oportunidades de HM. El 90,84% consideran que la disposición de soluciones alcohólicas en cada punto de atención son muy efectivas para la realización de HM.
Lecciones aprendidas.
Existe una autopercepción falsa entre los profesionales, ya que aunque gran parte considera que realizan una correcta HM, y aunque la reconocen como medida primordial en las IAAS, y le dan gran importancia a la buena disposición de soluciones alcohólicas en la unidad, la práctica real demuestra niveles insatisfactorios de adhesión. Futuras intervenciones tendrán que ir encaminadas a concienciar y modificar la conducta de dicha práctica, trabajando desde un enfoque multimodal.

C-469

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN TRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL + IBPS

SÁNCHEZ JIMÉNEZ J.; FERNÁNDEZ BASANTA, F.; BENAVIDES DÍAZ-OTERO G.; CAMPOS GIL P.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ JA Y LOPEZ ALVAREZ MJ.
UGC BERJA

Palabras Clave: Prescripcion, Patologia Cardiovascular, Clopidogrel, Ibps

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Gestión Clínica de Berja, Distrito de Atención Primaria Poniente Almería, todos los médicos de la UGC, servicio de Farmacia del Distrito.

Descripción del problema/necesidades.
sobre la seguridad del paciente a la vista de la nueva evidencia científica disponible de aumento del riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes tratados concomitante mente con clopidogrel+IBPs (inhibidores bomba de protones) busqueda de bibliografia evaluación y revisión acuerdo del equipo y coordinación con atención especializada información a los pacientes

Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño: estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes en soluciones aportadas tratamiento con clopidogrel + IBPsÁmbito unidad clínica de gestión de Berja, distrito atención primaria de Poniente Almería Criterios de selección y población: todos los pacientes que en 5/2009 tienen prescripción de clopidogrel (registro obtenido a través del servicio de Farmacia del Distrito) y las historias clínicas informatizadas del centro de salud Periodo del estudio: Mayo 2007-Mayo 2009 Variables del estudio: edad, sexo, doble agregación (AAS+clopidogrel), tratamiento con omeprazol, tratamiento con otros IBPs, otros protectores (ranitidina, famotidina), ingresos hospitalarios por patología cardiovascular.

Resultados obtenidos.
Resultados: número total de pacientes con registro 119, se desestimarón 10 (falta de historia clínica) N=109, 55 varones, 54 mujeres, edad media 70,3 años (mínima 48, máxima 94), doble agregación 31 (28,4%), sin protección G-I 9 (8,25%), con omeprazol 86 (78,89%), con otros IBPs (pantoprazol, esomeprazol, lansoprazol) 9 (8,25%), con otros protectores (ranitidina, famotidina) 5 (4,58%).
Constan ingresos por patología cardiovascular en los 2 últimos años en 4 pacientes 3,6%Discusión y conclusiones: desde enero de 2009 la FDA emitió una nota informativa sobre el incremento del riesgo con el uso de IBPs+clopidogrel por perdida del efecto antiagregante (interacción metabolismo hepático a nivel del citocromo P-450) que en un estudio posterior de Ho PM, Maddox TM, Wang L et al. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary síndrome. JAMA 2009; 301(9):937-944, (cumple 19 de los 22 criterios STROBE) concluye que se incrementa el riesgo de sufrir eventos adversos cardiovasculares en mayor medida con el uso de clopidogrel+IBPs, lo que sugiere que el IBP atenua el beneficio esperado del clopidogrel. A la vista de la evidencia creíamos conveniente revisar nuestras historias clínicas y la indicación de protección G-I en estos pacientes.

Lecciones aprendidas.
Aunque no está claro qué actitud tomar decidimos coordinar con AE un programa de seguimiento y cambio en aquellos pacientes que se pudiera retirar clopidogrel y mantener solo AAS + IBPs, en los de doble agregación por beneficio riesgo esperado de acuerdo con el paciente mantener protección con pantoprazol o ranitidina (la elección de uno u otro en base a la poca evidencia que hay se realizo en función de las interaciones esperadas con otros tratamientos concomitantes de los pacientes) Plan de mejora: Mantener sin protección G-I a aquellos pacientes que no tienen indicación según el proceso asistencial integrado de dispepsia, reflejar en las historias especial cuidado con el uso de fármacos gastroerosivos (AINES) (n=22) Coordinar con especializada un plan de seguimiento y actuación en los pacientes con doble agregación (mayor riesgo de sangrado) para valoración de dicha indicación y si es posible indicar solo AAS+IBP (n=31) Cambiar a pantoprazol (IBP con menor número de interacciones farmacológicas) en aquellos pacientes polimedicados con alto riesgo de sangrado G-I (n=36) y a ranitidina (menor coste) los otros (n=20), y hacer un seguimiento de ambos grupos de pacientes, evaluando tanto los eventos cardiovasculares como el sangrado.

C-470

ESTANDARIZACIÓN DE PRESENTACIONES DE MEDICAMENTOS DEL GRUPO L01-CITOSTÁTICOS EN UN SERVICIO SALUD.

ARANDA, A.; LEÓN, J.; JIMÉNEZ DE ZADAVA, P. y GRUPO DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO REGIÓN DE MURCIA.
Servicio Murciano de Salud

Palabras Clave: Citostáticos, Seguridad del Paciente, Medicamentos

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se realizó a propuesta del Grupo de Seguridad del Medicamento de la Región de Murcia integrado por distintos profesionales del Servicio de Salud y de la Consejería de Sanidad.

Descripción del problema/necesidades.

Los citostáticos orales y parenterales están incluidos en las listas problema/ internacionales de medicamentos de alto riesgo, ya que, utilizados necesidades incorrectamente, presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales en pacientes. El riesgo de que se produzca un error en el uso de medicamentos se puede ver incrementado por la práctica de realizar préstamos entre hospitales de principios activos que pueden tener distintas presentaciones comerciales, así como a la elevada movilidad del personal de los centros hospitalarios. Nuestro objetivo fue la posible estandarización de las concentraciones de citostáticos incluidos en las Guías Farmacoterapéuticas de los Hospitales Públicos de la Región, con el fin de minimizar los riesgos potenciales derivados de los posibles préstamos entre ellos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se recopiló y analizó la información sobre las presentaciones de medicamentos del grupo L01 de los distintos Hospitales Públicos, facilitado por el uso de una Base de Datos de Medicamentos Centralizada del Servicio de Salud

Resultados obtenidos.

Se detectó la existencia de dos medicamentos que pudieran presentar un riesgo añadido de cometer errores: 1.Cisplatino: En 2 hospitales de la Región se utilizaba cisplatino a una concentración de 1mg/mL mientras que en un tercer hospital disponía de una concentración de 0,5 mg/mL. Se sugirió a éste último hospital el cambio de presentación. 2.Vincristina: Se utilizaban dos presentaciones distintas: una con una concentración reconstituida de 0,1 mg/mL, en 2 hospitales y otra de 1mg/mL en 3 hospitales. Se sugirió a los hospitales afectados el cambio a la presentación considerada más segura y adecuada para el manejo de citostáticos. El cambio de concentraciones acordado con los Servicios de Farmacia implicados, se realizó en los Hospitales en el momento que consideraron más oportuno para minimizar los riesgos que, inicialmente, podría suponer este cambio y se comunicó al resto.

Lecciones aprendidas.

La estandarización de las concentraciones de citostáticos disponibles podría minimizar los riesgos en la utilización de citostáticos y, por tanto, aumentar la seguridad del paciente. El proceso deberá ser dinámico y mantenerse permanentemente actualizado. Así, para la adquisición en el futuro de nuevas presentaciones se tendrá en cuenta la “Relación Estandarizada de Medicamentos Citostáticos del SMS”

C-471

PROYECTO DE MEJORA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN CARDIOLOGÍA

MORENO ESCOBAR, E; PIÑAR VICO, I; RUIZ LUCENA, I; MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, H; LOZANO HERRERA, JM Y NIETO GARCÍA, E.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA

Palabras Clave: Mejora, Seguridad, Cardiología

RESUMEN

Contexto de partida.

UGC Cardiología Hospital Universitario S Cecilio de Granada Profesionales implicados en el proyecto: Cardiólogos (3), Farmacéutico (1), Enfermería (4), Auxiliares Clínica (1)

Descripción del problema/necesidades.

Objetivo principal: elaboración e implantación de un plan de mejora continua de seguridad del paciente hospitalizado en el servicio de cardiología, con un enfoque centrado en el sistema, para proporcionar unos cuidados seguros a los pacientes disminuyendo la incidencia de daños accidentales Análisis interno de situación de partida: principales indicadores de actividad relacionados con la seguridad Diagnóstico estratégico: análisis DAFO de la unidad en referente a seguridad

Desarrollo y soluciones aportadas.

-Revisión bibliográfica y diseño: marzo-junio 2008 -Creación del grupo interno de mejora de seguridad: julio 2008 -Encuesta de cultura de seguridad AHRQ: agosto 2008 -Grupo nominal para priorización de problemas: septiembre 2008 -Creación de sistema interno de notificación de errores: septiembre 2008
-Presentación del proyecto en la unidad : Octubre 2008
-Presentación de resultados de la encuesta de cultura de seguridad y del sistema interno de notifi-cación de errores: noviembre 2008 -Grupos de trabajo para análisis de problemas de seguridad prioritarios: 2009 (1 problema/1 trimestre)

Resultados obtenidos.

-Creación de grupo de seguridad interno multidisciplinar con 1 reunión mensual para fomentar la cultura de seguridad en profesionales y pacientes, analizar los eventos adversos y los principales problemas de seguridad e implantar las recomendaciones de seguridad de las agencias de calidad -Realización y difusión de la encuesta de seguridad de la AHRQ; destaca una percepción global de los profesionales de proporcionar unos cuidados seguros aunque hay un déficit de medidas específicas de control de riesgos y falta de cultura de notificación de incidentes -Puesta en marcha de sistema de notificación interna de incidentes -Técnica de grupo nominal con priorización de problemas en función de Magnitud, Gravedad, Vulnerabilidad y Factibilidad; se detectaron un total de 12, siendo los 1º medicación de alto riesgo (anticoagulación y vasoactivos) y conciliación de la medicación -Creación de grupos de trabajo para análisis de los problemas (análisis causa-efecto y AMFE)

Lecciones aprendidas.

Hemos detectado una alta motivación y preocupación del personal en materias de seguridad El sistema interno de incidentes ha contribuido a fomentar la cultura de seguridad El grupo interno de seguridad ha supuesto una oportunidad única de reflexión multidisciplinar de los principales problemas de seguridad

C-472

DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS A LA INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA EN UN CENTRO DE SALUD. ESTUDIO QUINQUENIO 2004-2008

USAMENTIAGA ORTIZ, P; ALONSO LÓPEZ, F; RODRÍGUEZ-PEÑIL, E ; QUEVEDO, L Y GARCÍA DE LOS SALMONES, E.
CS DOBRA TORRELAVEGA

Palabras Clave: Interacción Medicamentosa, PatologÍa, Clasificación

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el centro de salud Dobra en Torrelavega, tras participar en el proyecto eneas ii-apeas en el que intervinieron médicos titulares y residentes de medicina de familia del centro de salud.

Descripción del problema/necesidades.

Tras observar que la prescripción inadecuada de problema/ medicamentos causa el 20% de los efectos adversos necesidades previsibles, se decidió priorizar la actuación sobre las Interacciones medicamentosas de los pacientes en tratamiento crónico del centro. Se detectaron las interacciones que cumplieron criterio limitando la actuación sobre las mas graves según la clasificación edi (a: alta, m: moderada, l: leve)se utilizó para extraer los datos un programa informático asociado al proyecto isis, que tambien nos permitió clasificar las patologías médicas mas frecuentemente implicadas en las interacciones a lo largo de un periodo de 5 años el análisis fue descriptivo

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el estudio de lo ocurrido a lo largo de 5 años , tras detectarse las interacciones mas graves, intervenián el médico responsable del paciente y dos médicos supervisores del trabajo y se decidía actuar retirando el farmaco implicado, dosificando y vigilancia o no precisando intervención en ese momento.

Resultados obtenidos.

Se observó que invariablemente a lo largo de los 5 años las patologias implicadas fueron el aparato cardiovascular concretamente la fibrilación auricular y la cardiopatia isquemica asi como la diabetes.

Lecciones aprendidas.

La posibilidad de contar con medios informatizados que nos permitan detectar las interacciones medicamentosas nos ayuda a actuar de una forma muy precoz y de esa forma evitar consecuencia graves para la saluds de los pacientes el hecho de que las patologías mas implicadas sean la fibrilación auricular y la diabetes nos obliga a realizar un control mas exhaustivo de los farmacos que toman estos pacientes incidiendo en la adherencia al tratamiento, la correcta dosificación... La ausencia en algunas historias de datos de los pacientes como el peso, talla... No permite el ajuste adecuado de farmacos en patologias como la insuficiencia renal, lo que incide en la importancia de la recogida adecuada de datos del paciente

C-473

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES

BERNET TOLEDANO, J*; PRIETO GUERRERO, M. Y MUÑOZ DIAZ, E..
HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

- Se realizó en el Hospital Virgen Macarena. - Organizado a través de la unidad de gestión de personas y la dirección de enfermería - estuvieron implicados los mandos intermedios de enfermería y se creó un equipo de mejora para la acogida

Descripción del problema/necesidades..

- Actuaba sobre la necesidad que se creaba cada año en la incorporaciòn masiva de profesionales en la epoca estival - mantuvo los estándares de calidad que se vienen desarrollando a lo largo del año - a través de entrevistas con los profesionales recien incorporados y sus mandos intermedios - a traves de una encuesta autoadministrada a mandos intermedios y nuevos profesionales

Desarrollo y soluciones aportadas.

- Se llevó a cabo conexionando a todos los mandos intermedios de enfermería, para que se siguiesen las mismas líneas de actuación en el proceso de acogida de profesionales. - Estuvieron implicados los mandos intermedios - profesionales de nueva incorporación - profesionales docentes e instructores - se difundió con una publicidad en los controles de enfermería, para favorecer el apoyo de los profesionales experimentados a los nuevos - tuvo 3 fases temporales: preincorporación - momento de acogida - incorporaciòn en las unidades - se desarrollaron técnicas de consenso para llegar a desarrollar el programa

Resultados obtenidos.

- Mantenimiento de la normalidad en las unidades, pues se mantenian los estándares de calidad de las mismas - los profesionales encuestados explicaban en las encuestas como les habían facilitado la incorporaciòn en las unidades. - Surgió la necesidad de poner el foco de atención en los pacientes y saber su opinión

Lecciones aprendidas.

- Conocer mejor a los nuevos profesional hace mas seguros los cuidados, así como desarrollar medidas de fomento de la acogida, mantiene estándares de calidad - mantener el proceso de acogida como elemento contínuo y de análisis contínuo. - Mejorar la comunicación e incluir a los profesionales experimentados como partes esenciales en la acogida

C-474

SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE EN URGENCIAS: LA GRAN DESCONOCIDA. NECESIDAD DE FORMACIÓN CONTINUA.

CASADO MUÑIZ, M.; LOBO RODRÍGUEZ, Mª.T.; UNDABEYTIA LÓPEZ, Mª.L.; PÉREZ VÍCTOR, I. Y MARTÍNEZ FLORES, S..
H.U.Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Urgencias, Enfermería, Formación.

RESUMEN

Contexto de partida.
S.Urgencias del H.U."Virgen Macarena" de Sevilla, participando Profesionales de Enfermería(DUE y Auxiliares de Enfermería).
Descripción del problema/necesidades.
Siguiendo las iniciativas Internacionales y Nacionales, que sitúan como problema/ línea de acción central la Formación de los profesionales para crear necesidades una cultura de seguridad abierta y justa y conseguir una organización sanitaria más segura y en base al análisis actual de la situación en la que la ausencia de cultura de seguridad y calidad se considera uno de los puntos críticos detectados, el objetivo es elaborar y poner en marcha un Plan de Formación para adquirir conocimientos, habilidades y actitudes relacionados con la Seguridad Clínica del Paciente (SCP) , que permita establecer un MAPA DE RIESGOS y proponer ESTRATEGIAS DE MEJORA en el S. Urgencias.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Investigación acción participativa, descriptiva observacional pretest postest en 3 fases llevadas a cabo durante los meses de abril-mayo de 2009 1.Cuantificación del grado de conocimientos. Encuesta diseñada para tal fin. Del total de 206 Profesionales que componen el Servicio se recogen 140 encuestas 2.Talleres de Formación en Competencia de SCP. Contenidos básicos: Definición; Mapa de riesgos; Metodología para análisis y prevención de Eventos Adversos (Análisis Modal de Fallos y Efectos, Análisis Causa-Raíz, Sucesos Centinelas); Difusión de Alertas de Seguridad y prácticas seguras; Notificación y Monitorización de Incidentes: registro de caídas, úlceras por presión, notificación de errores de medicación al S. de Farmacia, Observatorio de Seguridad del Paciente 3. Elaboración de Mapa de riesgos y estrategias de mejora específicas en el S. Urgencias, mediante tormenta de ideas y discusión grupal (actualmente en proceso)
Resultados obtenidos.
Información cuantitativa analizada mediante el programa SPSS 12.0. De 206 profesionales, 109 acuden a la formación (52,91%) Edad media de los profesionales: 40,47 años Media de años de experiencia profesional en el servicio: 7,085 años Tienen conocimientos en SCP por formación previa 24 profesionales (17%) El 92,2% responde que sí le gustaría recibir Formación
Lecciones aprendidas.
Dificultad para realizar y recibir la Formación Concienciados y sensibilizados, los profesionales han mostrado gran interés y respuesta identificando los principales riesgos y comenzando a llevar a cabo acciones concretas de mejora Necesidad de crear un Comité de Seguridad Clínica en el S. de Urgencias, representado e integrado dentro del Comité de SCP del Hospital y existencia de Sistemas de notificación voluntaria y anónima de Efectos Adversos

C-475

OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR PROBLEMAS CON UNA OSTOMÍA

JOSÉ GUZMÁN RENTERO; Mª YOLANDA MORILLO ALEJO Y Mª CARMEN LÓPEZ GALIANO.
HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ

Palabras Clave: Seguridad,Calidad de Vida

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) en la Unidad de Cirugía. Estuvieron implicados profesionales de Enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
Cuando un paciente es dado de alta a su domicilio con una ostomía digestiva, un nuevo mundo desconocido se presenta ante él y sus cuidadores, lleno de miedos inseguridades y dudas. Nos planteamos una actualización de las recomendaciones que entregamos a estos pacientes y a su familia para aportar seguridad y la mayor calidad de vida.
Nos planteamos realizar una revisión de los casos en los que sería necesario la atención urgente de estos pacientes, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias y a la vez que revisar los casos en los que se podría acudir a su médico o enfermero de familia.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Realizamos una revisión bibliográfica sobre los casos en los que sería preciso acudir al servicio de urgencias(evisceración,dehiscencia,necrosis,etc) . Realizamos unas nuevas recomendaciones incluyendo fotografías y como actuar en caso de… Realizamos la educación sanitaria a estos pacientes en el hospital, aportando el Informe de Continuidad de Cuidados y comunicación con el Enfermero Comunitario de Enlace.
Resultados obtenidos.
Como resultados presentamos la guía con las recomendaciones que entregaremos a los pacientes. Este trabajo realizado facilita, tanto para los profesionales como para los pacientes, discriminar los casos en los que acudir a los servicios de urgencias hospitalarias optimizando la utilización de estos servicios y aumentando la seguridad de los pacientes ante este tipo de problemas.
Lecciones aprendidas.
Hay que darles herramientas a los pacientes y familia para aumentar su seguridad una vez que se van a su domicilio para optimizar la utilización se los servicios de Urgencias Hospitalarias.

C-477

RESULTADO DE UNA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

LAGUNA PARRAS, JM; CARRASCOSA GARCÍA, MI; GARCÍA FERNÁNDEZ, FP; JOVER CASAS, JM; JEREZ ROJAS, MR Y CRUZ LENDÍNEZ, AJ. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Palabras Clave: Seguridad, Error, Formacion, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Complejo Hospitalario de Jaén durante los meses de junio y septiembre de 2008, se distribuyó un cuestionario anónimo sobre seguridad de los pacientes, a profesionales médicos y de enfermería de 5 unidades del mismo. El cuestionario que se utilizó fue la versión española del "Hospital Survey on Patient Safety Culture" desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality, para valorar la cultura de seguridad y evaluar el impacto de las intervenciones para su mejora.
Descripción del problema/necesidades.
La estrategia "Los Siete Pasos Clave para la Seguridad", fomentada originariamente desde el Instituto Nacional de Salud del Reino Unido, establece el crear una cultura de seguridad abierta y justa, comenzando por la concienciación y formación de los profesionales sanitarios.
Siguiendo la línea emprendida por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en el Complejo Hospitalario de Jaén se ha diseñado un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente que incluye entre sus objetivos el promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante el último trimestre de 2008 se ha procedido a la acreditación soluciones aportadas por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de un curso Básico de Seguridad del Paciente con el objetivo educativo de iniciar la construcción de una cultura de seguridad en nuestro hospital.
El curso se desarrolló en dos ediciones y constaba de 11 horas lectivas en el cual se combinaban las exposiciones teóricas breves, los debates y discusión en plenario, con los trabajos individuales y grupales.
Resultados obtenidos.
Al inicio y al final del curso se les suministró a todos los asistentes un cuestionario que constaba de 8 preguntas donde se pretendía evaluar los conocimientos que poseían sobre seguridad del paciente.
Resultados: • El mayor aumento de conocimientos lo encontramos en el ítem, relacionado con el aprendizaje de herramientas para la detección de eventos adversos.
• El ítem donde encontramos un menor grado de conocimientos, está relacionado con los resultados de los estudios tanto nacionales como internacionales sobre seguridad del paciente.
• Donde encontramos una necesidad de mejora de conocimientos es en el item relacionado con las medidas para evitar errores de medicación.
Lecciones aprendidas.
Para el año 2009 se han programado diversas actividades formativas relacionadas con la seguridad del paciente teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los cuestionarios de evaluación de conocimientos de la formación realizada en durante el año 2008.

C-493

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA: ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ROMERO MUÑOZ, M.J; PALERO SANZ, F; REJANO CASTAÑEDA, M; ESCALANTE ROCA, C.; FRAGERO SOLDEVILLA, C Y REYES REYES, R. HURS

Palabras Clave: Seguridad, Cuidados de Enfermería, Cáncer de Mama

RESUMEN

Contexto de partida.
El grupo de trabajo lo componen 20 enfermeras pertenecientes a las distintas especialidades que intervienen en el proceso asistencial integrado cáncer de mama.
Descripción del problema/necesidades.
En el H. U. Reina Sofía en los últimos años se ha realizado un esfuerzo importante, por mejorar la atención a pacientes con cáncer de mama, y ofrecer un abordaje multidisciplinar en esta enfermedad.
Actualmente nos encontramos elaborando un plan de seguridad del paciente para el proceso cáncer de mama. En este marco de seguridad y calidad asistencial, hemos elaborado un catálogo de posibles efectos adversos que se pueden presentar así como un catálogo de medidas para evitarlos. Entre las medidas emprendidas están la realización y revisión de planes de cuidados y procedimientos operativos estandarizados de los cuidados de enfermería aplicados en el proceso con el objetivo de evitar la variabilidad en la práctica y minimizar los efectos adversos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En una primera reunión se presentó a todos los profesionales un listado de posibles efectos adversos y de medidas para evitarlos.Éste fue revisado y devuelto al grupo de trabajo del plan de seguridad para sus modificaciones.
Posteriormente las responsables del grupo mantienen reuniones con los profesionales enfermeros de los distintos servicios para acordar la sistemática de trabajo y definir las áreas de cuidados que necesitan estandarizarse, definiendo el formato que se les daría (POE, Plan de cuidados, etc.) así como los que necesiten revisión y/o actualización.
Los procedimientos operativos estandarizados (POEs) y planes de cuidados elaborados son derivados a la comisión de Calidad de Cuidados para su aprobación y validación. Una vez validados se difunden para darlos a conocer a todos los profesionales.
Resultados obtenidos.
1. Se han elaborado 9 procedimientos operativos estandarizados: 2. Se ha elaborado un plan de cuidados para pacientes sometidas a cirugía conservadora de la mama y sus correspondientes recomendaciones al alta para incluirlas en el informe de continuidad de cuidados.
3. Se han revisado y actualizado los planes de cuidados existentes
Lecciones aprendidas.
La elaboración de estándares de cuidados permite al profesional de enfermería unificar criterios ante determinadas intervenciones, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica para asegurar una atención segura y de calidad.
La coordinación de profesionales que intervienen en distintas fases del proceso cáncer de mama, facilita la continuidad en la asistencia y la atención integral de las pacientes.

C-494

ANÁLISIS DE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

CORPAS MOYANO MD; TRIGUERO MA; MOLINA LUQUE A; FAOUK ALLAM M Y CABALLERO LANZAS JM.
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA SUR

Palabras Clave: Análisis, Riesgos, Medicación, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en una Unidad de Gestión Clínica (UGC)de Baena en el Distrito Sanitario Córdoba Sur, participaron en su realización profesionales sanitarios de la UGC de Baena y del Distrito.
Descripción del problema/necesidades.
Problemas a abordar: El estudio APEAS sobre eventos adversos en Atención Primaria ha dado a conocer que el 37,0% de los eventos adversos más graves están relacionados con la medicación y el 13,6% están relacionados con procedimientos. Continuamente distintos profesionales manejan medicación en situaciones de riesgo con falta de seguridad en ese procedimiento o proceso.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se llevó a cabo dirigido por la Comisión de Seguridad y con el grupo de mejora de la UGC se aborda el problema utilizando la metodología AMFE (adecuada para detectar y prevenir riesgos de forma proactiva) Consideramos todo lo relacionado con la administración de medicación al paciente de forma global, como proceso, cuya entrada es la recepción de la medicación a la UGC y la salida es la administración de ésta al paciente.
Resultados obtenidos En la realización del AMFE se detectaron 8 puntos del proceso en los que podía haber fallo. Se ordenaron por priorización del índice del riesgo (IPR), los priorizados con más de 80 fueron: • Distribución y almacenaje en el que se detectan 8 fallos posibles • Administración de la medicación en la que se detectaron 6 fallos posibles
Lecciones aprendidas.
Recomendaciones: De las mejoras o barreras propuestas destacamos: 1. Comprobar en todos los enfermos si las alergias están reflejadas en Diraya; 2. Creación de Protocolo de Control y Mantenimiento; 3. Elaborar listado de consejos a paciente; 4. Supervisar que todo enfermo recibe su informe por escrito; 5. Manual de Procedimiento de Identificación de Pacientes; 6. Plan de formación al nuevo personal en temas terapéuticos como vías de administración y dosis.

C-495

TRAZABILIDAD DE LAS BOLSAS DE SANGRE Y HEMODERIVADOS

LOPEZ CAMPOS, Mª ANGELES; LEON SOTELO MEDINA, ROSA; CANDELA FUSTER, CARMEN; ZURERA COSANO, ISABEL; PUGA SANCHEZ, ENCARNACION Y GIMAN SANCHEZ, TERESA.
Hospital Virgen Macarena

Palabras Clave: Bolsas, Sangre, Hemoderivados,

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realiza en el Hospital Virgen Macarena y su área, en el servicio de laboratorio, concretamente en el laboratorio de hematologia. Colaboraron técncicos de laborartorio, enfermeros, médicos, y cargos intermedios.
Descripción del problema/necesidades.
Segun el real decreto 161/2005, de 16 de Septimbre, los centros y servicios de transfusion notificaran a la autoridad sanitaria todo efecto adverso grave relacionado con la extraccion, estudio, tratamiento y distribucion de sangre y de componenetes saqnguineos que pueda influir en su calidad y seguridad, asi como de toda reaccion adversa grave regustrada durante la transfusion o despues de ellay que pueda atribuirla a la calidad y seguridad de la sangre. Para realizar el control y evolucion de las bolsas se pone en marvcha un registro que que permite realizar el seguimiento y cierre transfusional. Los resultados son notificados a la comision de transfusiones y direccion del centro para hacer un seguimiento perosnal de cada uno de los casos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se han valorado los resultados obtenidos desde Enero de 2008 hasta abril de 2009, de cada una de las unidades donde se realizan transfusiones.
Resultados obtenido.

C-496

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO SOBRE HIGIENE DE MANOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

DUEÑAS FUENTES, J.R.; MERINO ROMERO, J; DUEÑAS CASTRO, S.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M.C Y DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, A.E.
AGS NORTE DE CÓRDOBA

Palabras Clave: Lavado, Manos

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó en la planta de hospitalización de Medicina Interna del AGS Norte de Córdoba. Los profesionales implicados fue el personal sanitario.

Descripción del problema/necesidades.

Pretende conocer el impacto que ha tenido el programa formativo sobre higiene de manos y uso correcto de guantes y el grado de cumplimiento de estas medidas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se han realizado dos estudios observacionales en los que se ha evaluado el grado de cumplimiento de la higiene de manos y el uso correcto de guantes, uno en el mes de Junio de 2.008, previo al programa formativo y otro en el mes de diciembre de 2.008 tras participar en el programa formativo la totalidad de profesionales. Se utilizó una plantilla donde se registraban los siguientes campos: categoría profesional y si realiza la higiene de manos o el uso correcto de guantes, y posteriormente se volcó al programa informático SPSS 15.0 para analizar los resultados.

Resultados obtenidos.

En el estudio 1 se observaron a 4 FEAs, 8 DUEs y 5 Aux. Enfermería. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos tras la observación fue de 89 y el número de Desinfecciones Realizadas fue de 16, el cumplimiento fue del 17.98%. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos de los/las DUEs fue de 44 y las realizadas fue de 10, el cumplimiento fue del 22,72%. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos de los/las Aux. de Enfermería fue de 29 y las realizadas fue de 4, el cumplimiento fue del 13,79%. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos de los FEAs fue de 16 y las realizadas fue de 2, el cumplimiento fue del 12,5%. En el estudio 2 se Observaron a 5 Facultativos, 10 Diplomados en Enfermería y 5 Aux. Enfermería. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos tras la observación fue de 140 y el número de Desinfecciones Realizadas fue de 55, el cumplimiento fue del 39,68%. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos de los/las DUEs fue de 66 y las realizadas fue de 32, el cumplimiento fue del 48,48%. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos de los/las Aux. de Enfermería fue de 47 y las realizadas fue de 22, el cumplimiento fue del 46,8%. El número de Oportunidades de Desinfección de Manos de los FEAs fue de 27 y las realizadas fue de 1, el cumplimiento fue del 3,7%.

Lecciones aprendidas.

Se ha mejorado el grado de cumplimiento sobre el lavado de manos y el uso correcto de guantes tras el programa formativo. A pesar de haber pasado de un grado de cumplimiento del 17,98% al 39,68%, todavía hay que continuar con las actividades formativas para conseguir un mayor porcentaje

C-497

CRIBAJE DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES FRÁGILES

GAMBOA ANTIÑOLO F; IRLES ROCAMORA J A; CUENCA GUERRERO L; DEL CASTILLO HERNÁNDEZ R; CABRA RODRÍGUEZ R Y SÁNCHEZ GALEOTE E.
HOSPITAL EL TOMILLAR

Palabras Clave: Atencion al Paciente, Malnutricion, Evaluacion, Cribado

RESUMEN

Contexto de partida.

La unidad de continuidad asistencial (uca) es una unidad acreditada de medicina interna en el Área Hospitalaria de Valme (Sevilla). Está orientada a la atención de los pacientes frágiles, pluripatológicos o de cuidados paliativos, fomentando la atención en continuidad con atencion primaria.

Descripción del problema/necesidades.

Este grupo de pacientes presentan multiples problemas de salud, muchas veces condicionados por la comorbilidad. Entre los aspectos a potenciar para una atención segura esta la atencion precoz a la malnutrición por condicionar la morbimortalidad de los enfermos. El proceso de soporte nutricion clinica de la consejeria de salud propone el must como metodo de cribado nutricional. Pretendemos con este trabajo comprobar la factibilidad en nuestro medio de dicho metodo y conocer la situación de los pacientes atendidos

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras una sesión formativa con la unidad de nutrición realizamos la situacion de riesgo de malnutrición de los pacientes ingresados el dia 27/05/09 en las camas de nuestra unidad mediante la escala must que consta de 3 items. Valora de o-6 el riesgo de malnutricion. Por encima de 2 el riesgo es alto. Esta actividad se encuadra en una actividad formativa sobre nutrición trimestral y dentro de la estratregia de calidad de la unidad iniciada hace 5 años.

Resultados obtenidos.

Estaban ingresados 60 pacientes con una edad media de 82 años. El 60% eran dependientes para todas las abvd (barthel menor de 20). El 50% eran diabeticos. Presentaban heridas por presión un 33%. No fue posible tallar ni medir de forma apropiada al 80% de ellos, usandose para el indicador el perimetro braquial. El 70% de los pacientes tenian un must mayor o igual a 2 que implica alto riesgo de malnutrición. El 26% de los enfermos tenian nutrición enteral el dia del cribado

Lecciones aprendidas.

La aplicación del must es posible pero precisa aproximaciones (ya descritas en la literatura) para que sea aplicable a esta poblacion de pacientes. A pesar de las altas tasas de nutricion enteral en la población estudiada (26%) probablemente sea escasa para las necesidades detectadas en el cribado. Es preciso aplicar el cribado nutriconal en esta población de forma sistematica para tomar las medidas adecuadas, que mejoran la calidad de la atención

C-498

COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE CRIBADO DE MALNUTRICIÓN EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES FRÁGILES

GAMBOA ANTIÑOLO F; IRLES ROCAMORA J A; CUENCA GUERRERO L; ALCÁNTARA DÍAZ M; GONZÁLEZ LLANOS C Y FERNÁNDEZ MURILLO C.
HOSPITAL EL TOMILLAR

Palabras Clave: Cribado , Atención al Paciente, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.
La unidad de continuidad asistencial (uca) es una unidad acreditada de medicina interna en Área Hospitalaria de Valme (Sevilla). Está orientada a la atención de los pacientes frágiles, pluripatológicos o de cuidados paliativos, fomentado la atención continuada con atención primaria
Descripción del problema/necesidades.
Este grupo de pacientes presentan multiples problemas de salud, muchas veces condicionados por la comorbilidad. Entre los aspectos a potenciar para una atención segura esta la atencion precoz a la malnutrición por condicionar la morbimortalidad de los enfermos.El proceso de soporte nutricion clinica de la consejeria de salud propone el must como metodo de cribado nutricional. Pretendemos con este trabajo comparar este metodo con la escala determine validada para deteccion de malnutrición en otros ambitos
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras una sesión formativa con la unidad de nutrición valoramos la situacion de riesgo de malnutrición de los pacientes ingresados el dia 27/05/09 en las camas de nuestra unidad mediante la escala must que consta de 3 items (valora de 0-6. Precisa mediciones del paciente) y la escala determine (encuesta de 8 preguntas simples). Esta actividad se encuadra en una actividad formativa sobre nutrición de periodicidad trimestral y dentro de la estratregia de calidad de la unidad iniciada hace 5 años.
Resultados obtenidos.
Estaban ingresados 60 pacientes con una edad media de 82 años. 13 Enfermos procedian de residencias y 6 contaban con apoyo del servicio de ayuda a domicilio. El 60% eran grandes dependientes (barthel menor de 20). El 50% erandiabeticos. Presentaban heridas por presión un 33%. El 70% de los pacientes tenian un must mayor o igual a 2 que implica alto riesgo de malnutrición. El 73% de los pacientes tenian un valorsuperior a 6 en la escala determine que implica riesgo alto de malnutrición. El 26% de los enfermos tenian nutrición enteral el dia del cribado.
Lecciones aprendidas.
La aplicación del must o de la escala determine detectan tasas similares de pacientes con riesgo de malnutrición. Parece mas facil de aplicar en esta población este segundo metodo de cribado. Ambos metodos detectan altas tasas de pacientes en riesgo , por lo que es preciso aplicar el cribado nutriconal en esta población de forma sistematica como medio de mejora la atención clinica a los pacientes fragiles

C-499

CÓMO HEMOS CAMBIADO...PLAN DE MEJORA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

BARRERO SOJO, S.; MOYA SUÁREZ, A.B.; DE LA PLATA RODRÍGUEZ, I.; ARANDA GALLARDO, M.; PÉREZ JIMENEZ, C. Y LÓPEZ ROJAS, G. E.P.
HOSPITAL COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Calidad, Úlceras por Presión, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo fue realizado en la Empresa Pública Hospital Costa del Sol por la Comisión de úlceras por presión y caídas (UPP). Ésta depende directamente de la Unidad de Calidad y la Dirección de Enfermerí.
Descripción del problema/necesidades.
Las UPP constituyen un serio problema en cuanto a seguridad. Con objeto de mejorar la seguridad de nuestros pacientes y, cumplir con las directrices de Calidad, desde la comisión del hospital costa del sol se venía estudiando los indicadores epidemilógicos que nos permitieran obtener información sobre la magnitud del problema. En el 2006 la tasa global de UPP fue del 2.54%. Se pretendía minimizar el impacto de las úlceras en nuestro centro y se diseñó un plan de mejora que diera respuesta a nuestras necesidades
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se revisó y modificó el procedimiento para la prevención y el tratamiento de las UPP que estaba vigente y se completó con la publicación de una guía de bolsillo para los profesionales y un póster que se difundió por las diferentes unidades de enfermería. Se realizaron diversas sesiones formativas a enfermeros de referencia en las unidades que a su vez eran ercangados de difundir dicha información al resto de profesionales de su servicio; dos cursos-taller sobre prevención y tratamiento acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y, unas jornadas interniveles. Además se modificó e informatizó el registro de notificación de UPP con objeto de mejorar el análisis de los indicadores epidemiológicos. Por último se realizaron auditorías para comprobar el porcentaje de cumplimentación del registro informatizado y, si los cuidados aplicados se ajustaban al nuevo procedimiento. Todo el proyecto se realizó entre 2007 y 2008
Resultados obtenidos.
Se formó al 70% de los auxiliares y enfermeros del centro y el poster se colgó en el 100% de las unidades. El porcentaje de cumplimentación del registro en 2008 fue del 68.62% y el porcentaje de aplicabilidad del procedimiento fue del 68.65%. La tasa global de UPP en el 2007 fue de 3.45% y, de 3.35% en el 2008. Al analizar todos los datos observamos que pese a todas las medidas adoptadas las tasas han aumentado con respecto al 2006. Sin embargo no podemos concluir que se deba a un incremento de la tasa de úlceras sino a una mayor declaración de las mismas e implicación de los profesionales tanto en el registro como en la aplicación correcta del procedimiento, habiendo disminuido la incidencia de úlceras de tipo I del 31.18% en 2007 al 7.64 % en 2008
Lecciones aprendidas.
La creación de grupos de mejora contribuye a la mejora de la calidad

C-500

TASA DE ADHERENCIA PROFESIONAL EN EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL DIRECTO ENCUBIERTO

SABATER-RAGA, R; ALOY-DUCH, A ; NAVARRO-SOLÀ, D ; VÁZQUEZ-SÁEZ, RM; CUQUETPEDRAGOSA, J Y SERRA-MOSCOSA, J.
HOSPITAL DE GRANOLLERS

Palabras Clave: Higiene de manos, tasa de adherencia

RESUMEN

Contexto de partida.

Nuestro hospital participa y sigue las directrices de los proyectos liderados por la Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS respecto al lavado de manos, con el objetivo de disminuir la incidencia de la infección nosocomial hospitalaria.

Descripción del problema/necesidades.

Evaluar, antes de la realización de una nueva campaña 2009 sobre higiene de manos, el cumplimiento del protocolo existente por parte de los profesionales sanitarios hospitalarios, detectando la tasa de adeherencia (TA)

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el centro trabajan 1502 profesionales (entre ellos, 468 enfermeras, 333 auxiliares y 273 médicos). Se realizó un estudio observacional directo “ciego” sobre el cumplimiento correcto de la “Higiene de manos”, encubierto por un estudio sobre “análisis de comunicación” a modo de distracción, que evitara el “efecto Hawthorne” . Se diseñó una hoja de recogida de datos para evaluar la TA (nº higiene de manos / oportunidades de higiene - OH -). Las OH se simplificaron y sintetizaron en las 6 siguientes, siempre después de realizar: 1. Procedimientos; 2. Curas; 3. Contacto con fluidos corporales; 4. Quitarse los guantes; 5. Contacto directo con el paciente; y, 6. Contacto con el entorno del paciente. Se consideró correcto el lavado de manos si se utilizaba una solución hidroalcohólica o, bien, agua y jabón. En el estudio, los investigadores acompañaban a los profesionales evaluados durante las actividades diarias. Se estudiaron todos los profesionales sanitarios que trabajaban en las unidades de agudos de medicina interna, cirugía, traumatología, geriatría, ginecología y obstetricia, urgencias, medicina intensiva y bloque quirúrgico.

Resultados obtenidos.

Los resultados sobre la muestra total definitiva se expondrán durante el congreso. En la muestra inicial de 190 OH se detectó globalmente una tasa de adherencia del 36 %. La distribución por colectivos fue del 45 % en enfermería y del 27% en los médicos

Lecciones aprendidas.

La observación directa es un método que nos permite detectar aspectos de mejora, por lo que debería utilizarse sistemáticamente en la recogida de indicadores de seguridad antes de realizar cualquier campaña o acciones de mejora. Así, la táctica de encubrir un estudio con otro para conseguir resultados fiables en el segundo, nos ha parecido muy adecuada y útil . Los resultados obtenidos nos obligan a realizar acciones de mejora urgentes para cambiar los hábitos de los profesionales y, entre ellas, iniciar inmediatamente campañas de información, retroalimentación de resultados, sensibilización, talleres y controles de autoevaluación para disponer de estos indicadores de seguridad

C-501

ANÁLISIS DAFO Y ESTRATEGIAS DE MEJORA EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERÍA

AGUILERA MANRIQUE, F.; DELGADO VILCHEZ, F J. Y PARRA GARCÍA, D.
Hospital La Inmaculada del Area de Gestión Sanitaria No

Palabras Clave: Continuidad Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Con motivo de una Comisión de Dirección del Área ampliada, la gerencia constituyó un grupo de trabajo de calidad para la mejora de la continuidad asistencial en el Area.
El grupo multidisciplinar estaba coordinado por el Jefe de Bloque de Calidad y profesionales de los dos niveles asistenciales.

Descripción del problema/necesidades.

La Continuidad Asistencial es un objetivo a conseguir, una dimensión principal de calidad en la atención integral sanitaria del ciudadano.
Justifican este estudio:el ciudadano que exige calidad en la atención, la mayor capacidad y posibilidad de coordinación en tiempo real, la limitación de los recursos y el disminuir el tiempo de paso del paciente por el sistema sanitario para disminuir la probabilidad de iatrogenia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se llevó a cabo con reuniones iniciales con el Grupo de trabajo multidisciplinar, y posteriormente con comunicación por correo electrónico.
Se realiza la detección de puntos fuertes y débiles de la organización, asi como los factores externos que pueden constituir oportunidades o amenazas. Se elabora una matriz DAFO y se priorizan las distintas estrategias.
Exposición de los resultados ante la Comisión de Dirección del Area.

Resultados obtenidos.

Se concreta en una tabla resumen, la evaluación de los puntos fuertes y débiles del Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería en Continuidad Asistencial con las amenazas y oportunidades externas en coherencia con la lógica de que la estrategia debe lograr un adecuado ajuste entre la capacidad interna y su posición con los factores externos. Y se realiza una priorización de las estrategias:
1. Fomentar la cooperación entre los dos niveles asistenciales Objetivos compartidos.
2. Completar implantación de Diraya.
3. Potenciar la Continuidad de Cuidados y Enfermería de Enlace.
4. Incorporación de tecnologías en niveles asistenciales con poca capacidad de resolución.
5. Etc.

Lecciones aprendidas.

La formación de un grupo de trabajo multidisciplinar de los dos niveles asistenciales para la mejora de la Continuidad Asistencial del AGSNA ha supuesto una reflexión sobre la realidad y el entorno, y ha conllevado la elaboración de una estrategia conjunta para la Mejora Continua y en definitiva para la Atención Integral Sanitaria del Ciudadano.

C-502

LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS. PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

PUENTE GONZÁLEZ M D. ; SANCHIDRIÁN DE BLAS C.* ; TIERRASECA SERRANO E. ; GONZÁLEZ PALOMAR E. ; MATA MARTÍNEZ-RAGA P. Y ESTEBAN MORENO R.
H.G.U Gregorio Marañón

Palabras Clave: Úlceras, Caídas, Seguridad, Prevención

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo ha sido realizado en un hospital de tercer nivel, por los Subcomités de Prevención de Caídas y de Úlceras por Presión (UPP) y coordinado por el servicio de M. Preventiva y Gestión de calidad.
Descripción del problema/necesidades.
En el hospital se realizan estudios de UPP y caídas desde el año 1995, obteniendo resultados similares a los estudios nacionales y sin observar cambios importantes a lo largo del tiempo.
Con el objetivo de disminuir al máximo éstos efectos adversos, se diseña un proyecto de mejora.
Desarrollo y soluciones aportadas.
0.Diagnóstico de situación: Revisión de datos del sistema de vigilancia soluciones aportadas de los 3 últimos años.(2007) 1. Actualización del protocolo de Prevención de UPP y rediseño del protocolo de prevención de Caídas, estableciendo indicadores de proceso y de resultado.(2007) 2.Difusión de los protocolos a través de la Intranet del hospital, impartición de 50 sesiones formativas (Mayo 2008), distribución de 98 póster, 1.694 tarjetas plastificadas con las escalas de valoración y 14.800 guías informativas para prevenir caídas, destinadas a los familiares de pacientes con riesgo.(Junio 2008) 3.Durante el mes de octubre de 2008 se realizó la evaluación de ambos protocolos.
Resultados obtenidos.
1.Úlceras por presiónPreintervención (2007)Postintervención (2008) Indicadores de proceso -Valoración de riesgo al ingreso 88%90% -Vigilancia de la piel(1) 74%76% -Cambios posturales(1)51,3%77% -Protección local para la presión(1) 52,5%66,5% (1)% sobre pacientes con riesgo Indicador de resultados -Prevalencia intrahospitalaria 6,8%5,5% 2.Caídas En el momento del estudio un 56,7% de los pacientes ingresados presentaban riesgo de caídas según la Escala de Downton. Indicadores de proceso (tras 5 meses de la intervención) -Valoración de riesgo al ingreso: 31,1% -Información al paciente/familia(2): 17% -Entrega de díptico informativo a la familia(2): 30% (2) % sobre pacientes con riesgo El indicador de resultado se evaluará al finalizar el año 2009.
Lecciones aprendidas.
Los resultados obtenidos han sido mejores en la prevención de UPP probablemente porque muchas de las medidas preventivas son bastante más conocidas por los profesionales. En la prevención de caídas se han incorporado nuevas medidas que pueden tardar más tiempo en implementarse.
La diseminación de los protocolos entre los profesionales precisa de muchos recursos. La implementación es muy difícil sin un apoyo intenso por parte de los responsables de las unidades que faciliten herramientas organizativas que apoyen los cambios de actuación.

C-503

ESTUDIO DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIÓN

TRILLO CIVANTOS, C.; SÁNCHEZ GUERRA, C.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, E.; MARTÍN VELASCO, O.; DELGADO SAN MARTÍN, M. Y SÁEZ ORTEGA, J.
FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Palabras Clave: Seguridad, Caidas, Prevencion,

RESUMEN

Contexto de partida.
- Trabajo realizado en la Fundación Jiménez Díaz, unidades de hospitalización.
- Supervisores, personal de enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
Falta de datos sobre cómo y porqué se producían las caídas de los pacientes.
Evidenciar los problemas relacionados con las caídas:
- Infraestructura que facilita/previene las caídas.
- Medidas de sujeción adecuadas/inadecuadas.
- Actuación del personal de enfermería.
- Actuación del paciente y acompañante.
- Conocer los aspectos cualitativos, motivo/consecuencia.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se modificó el registro de recogida de datos sobre la caída Se revisó la "Hoja de caídas" de la historia informatizada del paciente, analizando la situación antes, durante y después de la caída. Se relacionaron variables modificables: Medidas de sujeción, lugar de la caída, hora de la caída, con variables estáticas: la orientación y movilidad del paciente, en las que el personal de enfermería no puede incidir. Con implicacion del personal de enfermería que cumplimenta los registros y los responsables de los equipos. Se realizaron diferentes sesiones dirigidas a la supervisoras, para que comunicase la información a todas las unidades. Se difundieron los resultados del estudio en el Comité de Direccion de Enfermería y en diferentes jornadas y sesiones.
Fases
1. Primera recogida de datos cuantitativos.
2. Recogida de datos desde el registro de caídas.
3. Comparativa entre los datos recogidos.
4. Análisis de los datos recogidos en la segunda fase
5. Nueva recogida de datos para ampliar la muestra y verificar resultados obtenidos en la fase 2.
6. Propuesta de mejora.
Resultados obtenidos.
1. Los datos obtenidos a partir de la hoja de caídas del paciente son muchos más extensos, están todos en el mismo lugar no da pie a tener que realizar búsquedas en los evolutivos de enfermería.
2. Se puede estudiar el 100% de todas las caídas registradas.
3. Permite estudios longitudinales e ir tomando medidas "sobre la marcha".
4. Se aprecian algunos inconvenientes en la nueva hoja de caídas, con algún déficit de cumplimentación.
Lecciones aprendidas.
1. La recogida de datos de forma homogénea y unificada en todas las unidades, hace posible realizar un estudio altamente cualitativo de las caídas producidas en el hospital. Sabemos por qué se caen y proponemos mejoras al respecto.
2. Implicación de la enfermería a la hora de analizar los datos, para su mayor concienciación sobre el problema.
3. Propuesta de mejora en recursos hospitalarios: materiales, revisión de procedimientos...
4. Análisis de contradicciones, en vista de los resultados.

C-504

DERMATOSCOPIA APLICADA AL PROGRAMA TELEDERMATOLOGÍA HH. UU. VIRGEN DEL ROCÍO- DISTRITO ATENCIÓN PRIMARIA SEVILLA

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ DÍAZ DE ARGANDOÑA*; ROSA CORBÍ LLOPIS; ELISA PÉREZ VEGA; DOLORES CAMPOS MARTÍN; JAVIER QUINTANA DEL OLMO Y JULIÁN CONEJO-MIR SÁNCHEZ.
Centro de Infecciones de Transmisión Sexual

Palabras Clave: Teledermatología, Dermatoscopia, Proceso Cáncer de Piel

RESUMEN

Contexto de partida.

En el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2005-2008), se impulsa el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación. La Teledermatología se convierte en una herramienta asistencial. La dermatoscopia es una técnica que permite visualizar estructuras no observables a ojo desnudo, convirtiéndose en un sistema de ayuda diagnóstica, sencillo y no invasivo. El equipo está formado por la Dermatóloga responsable de la Unidad de Teledermatología de los HH.UU. Virgen del Rocío de Sevilla y la Médico de Familia responsable del Programa a nivel del Centro de Salud Huerta del Rey-Mallén.

Descripción del problema/necesidades.

En el Proceso Cáncer de piel, se atribuye al Melanoma el mayor aumento de incidencia y mortalidad en las dos últimas décadas, con el consiguiente coste sanitario y social. El Carcinoma Basocelular es el cáncer cutáneo más prevalente (80%). El proyecto utiliza la dermatoscopia como complemento en la consulta de Teledermatología para aumentar la sensibilidad diagnóstica y optimizar los recursos sanitarios.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Incluimos pacientes con criterios clínicos y dermatoscópicos de cáncer cutáneo. Se realizó historia clínica e imágenes de localización, macro y dermatoscopia. Aplicamos criterios dermatoscópicos guías supervisados por la dermatóloga consultora en lesiones pigmentarias y basocelulares. Evaluamos resultados frente a un centro control sin imagen dermatoscópica.

Resultados obtenidos.

Desde Abril 07, se han incluido 268 pacientes de medio urbano, con un ligero predominio masculino 51.4%). La demora media de telerespuesta fue 2.20 días (0-21 días). La demora media en cita hospitalaria normal fue 31.7 (1-142), en citas preferentes fue 5 días (2-11). La edad media fue de 51.85 años (5-95). Los principales diagnósticos fueron: Carcinomas Basocelulares (CBC) 41.4%,(n: 111), espinocelular 19.02% (n: 51), nevus atípicos 27.6% (n: 74), melanomas 4.47% (n:12). El grado de concordancia diagnóstica (Primaria-Dermatología) fue: CBC: 98.9%; lesiones pigmentarias atípicas: 87.5%. Observamos un incremento de concordancia diagnóstica frente a los resultados obtenidos de un Centro de Salud control. La comparación frente a estudio histológico está en curso.

Lecciones aprendidas.

La dermatoscopia presenta una elevada concordancia con el diagnóstico clínico del dermatólogo y con el patrón oro (estudio histopatológico). Requiere formación básica y una utilización continuada para su aplicación en Atención Primaria. La formación está incluida en los cursos del distrito. Optimiza los recursos y ofrece una base iconografica para el feed back hospitalario.

C-505

IMPACTO DEL SEGUIMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CON VANCOMICINA

VÁZQUEZ VELA, VICTORIA ; DOMÍNGUEZ CANTERO, MARCELO; RUIZ GONZÁLEZ, JOSÉ MANUEL; RODRÍGUEZ GIL, ALICIA; GARCÍA RUEDA, ANA Y RODRÍGUEZ MATEOS, MARÍA EUGENIA.
Hospital Universitario Puerta del Mar

Palabras Clave: Monitorización, SeguImiento.

RESUMEN

Contexto de partida.

UCG Farmacia. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Descripción del problema/necesidades.

Evaluar el impacto del seguimiento de la función renal en la seguridad de los pacientes en tratamiento antibiótico con vancomicina
necesidades

Desarrollo y soluciones aportadas.

Periodo analizado: 6 meses. Seleccionamos a los pacientes en tratamiento con vancomicina a través del programa de dosis unitaria. Registramos: datos antropométricos, analíticos (valores séricos de creatinina), fechas inicio y fin antibiótico, causas fin y observaciones. Los datos de los pacientes con creatinina sérica >1,5 mg/dl se introducen en un programa de dosificación en insuficiencia renal, que nos permite: calcular ClCr (Cockroft-Gault), clasificar al paciente según grado IR y el ajuste dosis o establecer el intervalo posológico mas adecuado. Se elabora un informe individualizado con recomendaciones sobre la monitorización de los niveles séricos, ajuste de dosis o ampliación del intervalo posológico, suspensión del tratamiento y alternativas en su caso. Evaluación de la Intervención Farmacéutica (aceptada o rechazada).

Resultados obtenidos.

Se registraron 81 pacientes en seguimiento. En 18 pacientes, vancomicina se asoció a gentamicina. Las causas de fin de tratamiento fueron: alta paciente: 13, cambio antibiótico: 28, cambio por elevación creatinina: 8, suspensión antibiótico por elevación creatinina: 5 , resolución de la infección: 24, traslados:3, éxitus: 3 . Se realizaron 10 IF mediante informe en pacientes con creatinina elevada. El 100% de las intervenciones fueron aceptadas. En 6 pacientes se suspende el tratamiento y se inicia nueva terapia antibiótica. Según las recomendaciones del servicio de farmacia, en 2 casos se solicita la monitorización del antibiótico, teniendo que suspenderse posteriormente por acumulación y toxicidad. En 2 pacientes fue necesario el ajuste de dosis y en 1 recomendamos suspender el tratamiento con vancomicina y gentamicina tras empeorar seriamente su función renal del paciente.

Lecciones aprendidas.

El seguimiento de la función renal de los pacientes en tratamiento antibiótico con vancomicina constituye una mejora en la calidad de la prescripción y la seguridad de los pacientes. Todas las IF obtuvieron una buena aceptación, con el consiguiente beneficio para los pacientes. En aquellos servicios de farmacia que carecen del área de farmacocinética es de interés la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar y la elaboración de estrategias conjuntas con el analista clínico y otros profesionales, para un adecuado seguimiento de la función renal en pacientes de riesgo.

C-506

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL ALTA DE FIN DE SEMANA

VÁZQUEZ VELA, VICTORIA; GARCÍA RUEDA, ANA; GIL RODRÍGUEZ, ALICIA; DOMÍNGUEZ CANTERO, MARCELO; RODRÍGUEZ MATEOS, MARÍA EUGENIA Y MOYANO PRIETO, INMACULADA.
Hospital Universitario Puerta del Mar

Palabras Clave: Alta Fin de Semana, Satisfacción

RESUMEN

Contexto de partida.

UCG Farmacia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Descripción del problema/necesidades.

Evaluación de la satisfacción de los pacientes con información oral y escrita proporcionada al alta fin de semana (afs) tras la implantación de un programa de atención al paciente en el servicio de farmacia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El programa de atención a los pacientes al AFS se llevó a cabo desde la farmacia con actuaciones como la conciliación de la medicación, su dispensación y educación del paciente con respecto a su tratamiento, con la entrega de un informe con recomendaciones oportunas sobre la toma de los medicamentos. Para ello, se elaboró una base de datos en Access® donde se registró: nombre del paciente, servicio, fecha de alta, medicamento, dosis, pauta y observaciones al tratamiento, y se diseñó un modelo de informe con pictogramas y la información necesaria sobre su medicación. Posteriormente, se elaboró un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes con las actuaciones del farmacéutico. Periodo analizado: año 2008.

Resultados obtenidos.

Total 192 AFS, correspondientes a 73 pacientes. La mayoría pertenecían al servicio de rehabilitación (155 altas de 40 pacientes). Se llevó a cabo una encuesta de satisfacción en 50 pacientes (37 hombres y 13 mujeres) de todos los que recogieron su medicación en el servicio de farmacia. Recibieron información oral acompañada de un soporte escrito para favorecer su comprensión. El nivel de estudios en los encuestados fue en 16 casos, estudios secundarios, 14 primarios y 20 superiores. 26 de los pacientes recibieron ayuda de familiares para tomar su medicación. El 96% (48) estaban muy de acuerdo con la utilidad del informe, con la información proporcionada, que fue necesaria y aclaraba sus dudas con las tomas, de fácil comprensión y con dibujos que ayudaron a visualizar la pauta. En el primer alta recibieron las explicaciones oportunas. No consideraron necesario información adicional y /o aclaración de dudas tras su lectura. Un 4% (2) de los pacientes manifestaron no recibir la hoja actualizada todos los fines de semana. La valoración global de la información proporcionada por el servicio de farmacia fue de un 10 (puntuación escala del 1 al 10) en el 60% de los encuestados.

Lecciones aprendidas.

La información proporcionada al alta mejora el conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento. Las actuaciones del servicio de farmacia son valoradas positivamente por los pacientes. El registro informatizado agiliza la elaboración de los informes y mejora la calidad de la información entregada.

C-507

INDICADORES DE SEGURIDAD EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. RESULTADOS DE TRES AÑOS

RODRÍGUEZ MORALES, D.; CAÑADA DORADO, A.; CÁRDENAS VALLADOLID, J.; SÁNCHEZ PERRUCA, L. Y ALONSO SAFONT, T.
GERENCIA AREA 4 AP-MADRID

Palabras Clave: Seguridad, Anticoagulación, Indicadores

RESUMEN

Contexto de partida.

Gerencia de Atención Primaria de Madrid. Unidad de Calidad y Sistemas de Información.

Descripción del problema/necesidades.

En 2005 se descentraliza el seguimiento y control de los pacientes con tratamiento de anticoagulación oral (TAO) que pasan a ser atendidos en Atención Primaria (AP), realizándose distintas actividades para lograr la implantación del programa. Al año se realizó un análisis de la situación DAFO para conocer el grado de desarrollo detectándose algunos problemas e incidencias, por lo que se decide aplicar un Análisis Modal de Fallos y Efectos AMFE con el objetivo de asegurar y mejorar la seguridad del proceso, y se diseñó un cuadro de mandos para evaluar el grado de control y los efectos adversos que se estaban produciendo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En 2007 se realizó la primera evaluación a través de sentencias informáticas SQL incluyendo a todos los pacientes con TAO que durante el año 2006 estaban siendo seguidos desde AP (3013 pacientes). Después de ésta primera evaluación se mejoró el protocolo informático para facilitar y simplificar el registro de efectos adversos y complicaciones. Las evaluaciones se repitieron en 2008 y en 2009 obteniendo una mejora importante de los resultados, que eran reportados a los profesionales. Los indicadores del cuadro de mando son: total de pacientes incluidos, cobertura, nº de pacientes seguidos por CIAS, valor medio de INR, media de determinaciones por paciente, determinaciones de INR por CIAS, % de INR en rango terapéutico, tiempo en rango y nº de efectos adversos y complicaciones.

Resultados obtenidos.

La cobertura de la población ha aumentado desde un 59.8% en 2006 (3013 pacientes) hasta 80.1% en 2008 (4150 pacientes), con un valor medio de INR de 2.53. La media de pacientes en seguimiento por CIAS ha crecido de 10 a 12.39. El 70% de los valores del INR en 2008 se encontraban en rango y el 82% de los días del año el paciente permanece en rango terapéutico. En 2006 se reportaron apenas 13 efectos secundarios y, en 2008, 378, agrupándose el 70% de los mismos en epistaxis, hematomas subcutáneos, hemorragia subconjuntival y rectorragias.

Lecciones aprendidas.

El control y seguimiento de los pacientes con TAO en el Área ha sido implantado de una manera efectiva, tanto por el alto número de pacientes incluidos como por el grado de buen control de éstos. Han sido claves la monitorización de los indicadores evaluando a toda la población incluida, la devolución de información a los profesionales y la mejora del registro informatizado.

C-513

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

PALAZÓN SAURA, P *; RICARTE URBANO, E; HERRER CASTEJÓN, A; GROS BAÑERES, B; GARCES SANAGUSTÍN,C y JAVIERRE LORIS, M.
Hospital Miguel Servet

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
Se trata de una línea de mejora establecida por el Grupo de Mejora de la Calidad en Urgencias del Hospital Miguel Servet , que ha comenzado implantándose en las salas de observación de urgencias (son 3), habiendo implicado a todo el personal sanitario: médicos de urgencias, especialistas, enfermería, auxiliares y celadores.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretende: 1º-Ayudar a difundir cultura de seguridad. 2º Conocer y analizar nuestras fuentes de riesgo: errores asistenciales que han producido un evento adverso o incidente. 3ª Elaborar 2 Planes de Control que ayuden a erradicar, mitigar o prevenir el evento adverso.
La consecuencia inmediata (ya durante la recogida de datos) ha sido una mayor sensibilización del personal en todo lo relacionado con la prescripción y administración de la medicación, que claramente ha sido fuente de riesgo mas notificada. Esta sensibilización ha permitido en algunas ocasiones que el error quede en incidente sin ocasionar ningún evento adverso.
Las causas se han analizado de forma retrospectiva utilizando como herramienta el análisis causa-raíz.
Se han establecido 2 indicadores: Tasa de indidencia EA (por categorias) . Razón: incidentes/ eventos adversos. En 6 meses.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En las soluciones se ha implicado el Grupo de Mejorade Calidad en soluciones aportadas Urgencias.
La difusión ha tenido lugar a traves de sesión clínica del servicio y la supervisión de enfermeria de urgencias.Fases: 1º diseño de hoja de registro. 2º difusión hoja de registro. 3º analisis de los datos: clasificación y cuantificación. Monitorización de indicadores y selección de evento adverso o incidente a analizar con la herramienta causa raiz. 4º priorización del riesgo 5º planes de control: vamos a aportar 2.
Resultados obtenidos.
La medición se realizara con la monitorización de indicadores que nos permitira evaluar si existe una tendencia a la reducción de eventos adversos e incidentes al actuar sobre la fuente de riesgo seleccionada: prescripción y administración de la medicación.
Todavia esta fase no ha podido concluirse.
Lecciones aprendidas.
Es importante implicar a todo el personal en la seguridad de nuestros pacientes.
Nuestra actividad conlleva riesgo para el paciente.
Notificarlos errores nos ayuda a prevenirlos. Nadie nos culpa de ello.
Todos erramos y debemos aprender de los errores.
Tras esta primera experiencia cambiaria: forma de difusión del proyecto. (no ha sido ni suficiente ni continuada). Formación basica en seguridad (terminologia, objetivos...)

C-514

OBTENCIÓN DE CERTIFIFICACIÓN DE CALIDAD EN EL ÁREA DE SANIDAD AMBIENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

TOMÁS BORJA, ANTONIO; LUCAS, FRANCISCO; ORTIZ, GINÉS y BRIONES, CELIA.
Hospital Universitaria Virgen de la Arrixaca

Palabras Clave: Calidad, Bioseguridad Ambiental

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Área de Sanidad Ambiental del Servicio de Ingeniería, Obras y Mantenimiento del Hospital, estando implicados ingenieros, licenciados, técnicos y profesionales dedicados a la Gestión de Calidad.
Descripción del problema/necesidades.
El medio ambiente en un hospital puede influir directamente en la calidad asistencial prestada al paciente. Es fácil que microorganismos existentes en la naturaleza se introduzcan en dicho medio ambiente, sobre todo durante la realización de obras. Esto puede dar lugar a enfermedades microbiológicas conocidas como infecciones nosocomiales, que afecten a los pacientes como consecuencia de su ingreso en un hospital. Para mejorar la calidad asistencial y evitar estas infecciones se ha realizado en los últimos dos años una planificación mejorada de control de la bioseguridad ambiental del Hospital.
El objetivo fue la mejora continua de la calidad del servicio para lo que, en primer lugar, se considera la normativa existente en el ámbito nacional y comunitario, relacionada con el control de la bioseguridad ambiental que afecta al ambiente sanitario y a las instalaciones de riesgo presentes en el hospital. Por otro lado, se establece un control del ambiente en zonas de riesgo y se determinan unos límites ambientales propios en el hospital en aquellos aspectos no regulados actualmente por normativa.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para realizar el control y mantenimiento de las instalaciones de riesgo, soluciones aportadas así como de las zonas críticas, se identifican y clasifican las zonas de riesgo y puntos críticos de las distintas instalaciones del hospital; se elaboran y actualizan planes de mantenimiento (que incluyen descripción de las instalaciones, planos, datos de parámetros tomados, frecuencia de muestreo, resultados analíticos…); se realizan toma de muestras, análisis in situ, actuaciones de limpieza y desinfección… Para la realización de todas estas tareas se cuenta con personal cualificado que forma parte del sistema.
Resultados obtenidos.
Como resultado de este trabajo se ha logrado la obtención de la Certificación ISO 9001:2000 del Área de sanidad ambiental del servicio de Ingeniería, Obras y Mantenimiento del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca en el 2007, y se ha mantenido, superándose con éxito la auditoría de seguimiento correspondiente, el pasado año 2008.
Lecciones aprendidas.
Al llevar a cabo este sistema de gestión de calidad, que conlleva un mantenimiento preventivo y un control riguroso, se mejoran las condiciones de bioseguridad ambiental, y por tanto, la calidad ambiental y asistencial ofrecida por el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

C-515

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS EFECTOS (A.M.F.E.) EN LAS CESÁREAS URGENTES.

VELLIDO GONZÁLEZ DOLORES; MARTÍNEZ GARCÍA Mª DOLORES; RODRIGO TRUJILLO M. LUISA ; GERADA SABARIEGO TRINIDAD Y RAMÍREZ RAMOS CRISTINA.
Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves

Palabras Clave: A.M.F.E. Seguridad, Cesarea, Calidad, Fallos,

C-517

CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

BLANCO ABRIL, S. ; SÁNCHEZ VICARIO, F. ; CHINCHILLA NEVADO, A. ; COBRERO JIMÉNEZ, EM. ; MEDIAVILLA DURANGO, M. Y RODRÍGUEZ GONZALO, A.
HOSPITAL RAMON Y CAJAL

Palabras Clave: Calidad en la Atención en Salud

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado sobre la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Proyecto coordinado por la Unidad de Investigación Enfermera. Cuatro enfermeras del servicio de urgencias administraron los cuestionarios a los pacientes. La unidad de Bioestadística colaboró en el análisis de los datos.
Descripción del problema/necesidades.
Donabedian impulsó el control de la calidad asistencial, dotándola de doctrina y metodología. Diferentes estudios asocian la calidad de la atención sanitaria, con la competencia profesional, la empatía, la información que reciben los pacientes y la capacidad de respuesta profesional. Evaluar la satisfacción del paciente supone evaluar la calidad asistencial, comprobar el éxito de los profesionales para cumplir las expectativas de los pacientes y aumentar su seguridad. La escala Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS), mide la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias, con las dimensiones de información al alta y competencia profesional
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras un pilotaje, las enfermeras administraron, al alta de los pacientes durante dos semanas de Julio 2008, un cuestionario que recogía variables sociodemográficas, clínicas, valoración de la solución del problema del paciente, satisfacción y comentarios con una pregunta abierta. Posterior análisis de datos a través del programa SPSS y confección de resultados en un tiempo estimado de seis meses.
Resultados obtenidos.
Se estudiaron 198 pacientes, expresando un grado de satisfacción aceptable para la dimensión en la competencia profesional y satisfacción total, no siendo así para la dimensión de información. El 34% considera su problema resuelto totalmente y el 49% parcialmente resuelto. El tiempo de estancia es 13,65 horas de mediana. El lugar de destino al alta, fue el 50.5% a domicilio y 49.5% a plantas de hospitalización En ambas dimensiones la satisfacción es mayor para los pacientes que regresaron a su domicilio frente a los que fueron ingresados, siendo significativo en la dimensión de información al alta. Se desprende de la necesidad de tomar medidas encaminadas a mejorar la información.
Lecciones aprendidas.
Una de las dificultades fue la comprensión de alguna pregunta, se intentó controlar mediante el pilotaje en la recogida de datos. Estos resultados promueven cambios en las pautas de actuación de las enfermeras a través de intervenciones más eficaces, estableciendo protocolos de manejo en el autocuidado y dedicando más tiempo a informar a pacientes y allegados, e integrando a todo el equipo.

C-518

ACCIONES DE MEJORA EN EL PROCESO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO EN UN ÁREA SANITARIA

SAGRARIO PARDO LÓPEZ-FANDO; ÓSCAR AGUADO ARROYO; PILAR MARTÍN CARRILLO; BEATRIZ MEDINA BUSTILLO; Mª CARMEN GARCÍA PEÑA Y INÉS SERRANO DÍAZ.
Gerencia de Atención Primaria área 9 Madrid

Palabras Clave: :Proceso, Limpieza, Desinfección, Esterilización, Material Sanitario, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
En un Área de salud de Atención Primaria (AP).
Servicio Sanitario Público, auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos, farmacéuticos de AP y la unidad funcional de gestión de riesgos (UFGR).
Descripción del problema/necesidades.
Se identifica un problema relacionado con la esterilización defectuosa del material quirúrgico en los centros de salud a raíz de la notificación de un incidente a la UFGR.
Aunque en este caso no tuvo repercusión, la esterilización defectuosa del material sanitario puede representar un riesgo tanto para pacientes como para profesionales.
La UFGR ha realizado entrevistas a los profesionales implicados en el incidente. Se creó un grupo de trabajo ad-hoc para analizar las causas subyacentes y los factores contribuyentes.
El grupo de trabajo creado a este efecto realizó entrevistas a losresponsables y auxiliares de enfermería del Área. Se detectó una amplia variabilidad en la adecuación al protocolo establecido.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El grupo de trabajo identificó y priorizó las siguientes acciones demejora: 1.Actualización de un protocolo de esterilización de Área con la incorporación de nuevos procedimientos. 2. Establecimiento de indicadores de evaluación.3.Adquisición de nuevo material.
4.Información y formación a profesionales implicados.
Grupo de trabajo creado: enfermeras, auxiliares enfermería, farmacéuticas de AP y responsable de calidad y responsable de Educación para la Salud.
Mediante sesiones clínicas y talleres dirigidos a profesionales.
1.Identificación y análisis del problema,2.Priorización y puesta en marcha de las acciones de mejora.3. Difusión. 4. Evaluación de resultados.
Resultados obtenidos.
Estimación de la variabilidad de adecuación al protocolo mediante un cuestionario y de los indicadores de calidad del proceso de esterilización (Control físico, control químico externo e interno y control biológico).
Lecciones aprendidas.
El control del proceso de esterilización permite homogeneizar losprocedimientos en el Área, disponer de estimaciones de los indicadores de calidad técnica del proceso y así mejorar la seguridad de pacientes y profesionales.
Dada la dispersión de las unidades de esterilización en AP es pertinente controlar el proceso, con el fin de homogeneizar los procedimientos y asegurar un correcto resultado.

C-519

IMPACTO DEL PROGRAMA "MANOS LIMPIAS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA" EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

MARTÍN-RODRÍGUEZ MD; CAAMAÑO-MARTÍNEZ MD; BARREIRO-DÍAZ MV; CODESIDO-MIRAS R; ALENDE-MACEIRAS M Y CEGARRA-GARCÍA M. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

Palabras Clave: Seguridad, Evaluación, Control de Infecciones, Mano

RESUMEN

Contexto de partida.

Galicia. Personal de 101 ambulancias asistenciales, 10 UVI y 2 helicópteros SVA (818 trabajadores). Mayo 2007-diciembre 2008.

Descripción del problema/necesidades.

Conseguir un cambio cultural en la organización. Mejorar la higiene de manos en el área asistencial, introduciendo solución hidroalcohólica para facilitarla. Implantar las directrices de la OMS de higiene de manos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Análisis situación de partida con cuestionario sobre hábitos de higiene de manos y uso de guantes; sistematización del procedimiento higiene de manos y uso de guantes; diseño/programación de talleres; diseño/difusión de material divulgativo; aprovisionamiento y distribución de solución hidroalcohólica; implantación del procedimiento; evaluación (retraso en hitos realizados sobre planificados, porcentaje acciones formativas realizadas/programadas; trabajadores formados por categorías, evaluación del impacto (cuestionario pre y post intervención)).

Resultados obtenidos.

Tasa de respuesta al cuestionario para el análisis de la situación inicial 84.4%. Impartimos 27 cursos (21 planificados) de 2 horas con un módulo de cultura en SP, uno de higiene de manos y uno de prácticas de higiene de manos por frotación con solución hidroalcohólica con tinción fluorescente. Participan 45 médicos, 36 DUE y 267 Técnicos de Emergencias. Distribución de trípticos a todos los trabajadores y póster con recomendaciones de la OMS y algoritmo para la higiene de manos y uso de guantes a todos los recursos asistenciales. Disponibilidad de solución hidroalcohólica en todos los recursos y bases asistenciales antes de 15/12/2007. Consumo solución hidroalcohólica 2008 2,79 ml. por asistencia. En mayo 2008 "complementary pilot center" de la campaña "Clean Care is a Safer Care" (OMS). Impacto encuesta post intervención: tasa de respuesta 59%. Los resultados muestran una mejora significativa ($p<0.01$) en la higienización de las manos en la ambulancia, en el lugar de asistencia, al manipular sistemas estériles, después de contactar con fluídos biológicos, contactar con objetos manchados por fluídos biológicos, después de quitarse los guantes. Los encuestados valoraron la importancia que dan los líderes a la higiene de manos con un 7,7/10. Identificaron problemas de suministro de solución hidroalcohólica el 10% de los encuestados. Se valoran como principales barreras el tiempo de asistencia y el efecto irritante de los productos de higiene.

Lecciones aprendidas.

Se han alcanzado los objetivos de la intervención. La solución de base alcohólica facilita la higienización de manos en el punto de asistencia del paciente y en la ambulancia.

C-520

PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL USO DE BENZODIAZEPINAS Y NEUROLÉPTICOS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

ALMÁN-RUIZ E*; RODRÍGUEZ-QUECEDO J; PÉREZ-PÉREZ P; CASTILLA-LUIS JC; PASCUAL-DE LA PISA B Y BELTRÁN-CALVO C. Servicio de Farmacia. Distrito Sanitario Aljarafe

Palabras Clave: Seguridad, Anciano Institucionalizado, Medicamentos, Efectos adversos

RESUMEN

Contexto de partida.

Los ancianos institucionalizados (AI) son un grupo de riesgo por su edad, patologías, deterioro funcional-cognitivo y polimedicación.

Se plantea un proyecto dirigido a 15 residencias pertenecientes a 2 Unidades de Gestión Clínica (UGC) de un Distrito de Atención Primaria (AP) de Andalucía, con un total de 650 AI, a fin de mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente.

El proyecto ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Fondos Políticas Cohesión) y participan médicos, enfermeros y farmacéuticos de AP.

Descripción del problema/necesidades.

El Objetivo del proyecto es prevenir efectos adversos y riesgo de caídas asociado al uso inadecuado de benzodiazepinas y neurolépticos en AI, a través de la difusión de conocimientos sobre uso adecuado de estos medicamentos, a fin de mejorar la calidad de prescripción, aumentar la seguridad y disminuir los riesgos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Fases en orden cronológico: soluciones aportadas 1.Análisis preliminar (Nov 08) 2.Presentación del proyecto a las UGC.
3.Reunión con responsables de residencias. Firma del acuerdo de colaboración.
4.Talleres formativos dirigidos a cuidadores de residencias.
5.Consentimiento informado (CI) de cada paciente para revisión de Historia Clínica (HC).
6.Recogida de datos de HC: diagnósticos y tratamientos.
7.Análisis: medicación y dosis inapropiada, interacciones, duplicidades y adecuación diagnóstico-tratamiento.
8.Presentación de resultados a profesionales de UGC en sesiones formativas centradas en los problemas encontrados.
9.Realización de Informe Farmacoterapéutico de cada paciente, con recomendaciones y propuestas de mejora, presentado a su médico de AP en entrevista individual estructurada.
10.Revisión de HC a los 4 meses de la intervención.

Resultados obtenidos.

1.Análisis preliminar: AI con medicamentos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC): 365 (67.34%) AI con asociación de varios medicamentos que actúan sobre el SNC: 231 (42.62%) 2.Presentación a los profesionales de UGC (100%) 3.Firma del acuerdo con 15 residencias (88.23%) 4.Formación a 131 cuidadores (70.05%) El proyecto se encuentra actualmente en fase de obtención del CI y revisión de HC.

Lecciones aprendidas.

Existe un alto porcentaje de AI en riesgo por consumo de fármacos inadecuados.

Se detecta un alto grado de aceptación y satisfacción de los profesionales con el trabajo compartido.

Es posible el abordaje global del AI, mediante el trabajo simultáneo con responsables de residencias, cuidadores y sanitarios.

La formación, información y colaboración de todos profesionales repercutirá en una mejora de la seguridad.

C-521

DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON DEBILIDADES Y FORTALEZAS SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA

OLIVEIRA, ACS; FONSECA, YA; SATURNO, PJ Y MEDINA-MIRAPEIX, F.
UNIVERSIDAD DE MURCIA

Palabras Clave: Cultura de Seguridad, Enfermería, Fortalezas, Debilidades

RESUMEN

Contexto de partida.

Se tomó como referencia para la realización del estudio la red de hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud Español, con una muestra aleatoria de 26 hospitales estratificados por tamaño de hospital. Los participantes fueron los profesionales de enfermería de los hospitales participantes con vínculo contractual (fijo/interino) adscritos en cualquiera de los servicios del hospital que aceptaran participar del estudio. El instrumento utilizado fue la versión española adaptada del "Hospital Survey on Patient Safety Culture" compuesto por 12 subescalas sobre aspectos del clima de seguridad.

Descripción del problema/necesidades.

La medición de la cultura sobre seguridad es necesaria para diseñar actividades que mejoren la seguridad del paciente, identificando áreas de debilidades y de fortalezas en las instituciones. El estudio tiene como objetivo describir las áreas de fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad en los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario de España en el año 2007. El análisis descriptivo se realizó a partir del cálculo del porcentaje de las áreas fortalezas y debilidades de cada subescala.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El estudio fue realizado en dos fases: 1. Aplicación del instrumento adaptado sobre la seguridad del paciente a los profesionales de enfermería del medio hospitalario del SNS español. 2. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente según profesionales de enfermería. El cuestionario se entregó de manera personal junto con una carta en la que se explican los objetivos y se invita a los profesionales a colaborar en el estudio.

Resultados obtenidos.

La tasa de respuesta media sobre el conjunto de los 26 hospitales participantes fue un 38,4%. De las 12 subescalas del cuestionario las tres principales áreas identificadas como fortalezas fueron: trabajo en la unidad (70,0%), expectativas y acciones (58,2%) y problemas en cambios (49,9%). Las tres principales áreas consideradas debilidades fueron: dotación de personal (77,6%), trabajo entre unidades (43,6%) y percepción global (43,4%).

Lecciones aprendidas.

Las principales áreas consideradas como debilidades estuvieron relacionadas con la dotación de personal, el trabajo en equipo entre unidades y la percepción global de seguridad. Por lo tanto, estas deben ser las áreas prioritarias en las intervenciones de mejora de la cultura de seguridad en la población de enfermería.

C-522

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

MORENO SÁNCHEZ, MD.; SÁNCHEZ SERRANO, A.; CÁMARA SIMÓN, M.; MUÑOZ SÁNCHEZ, M.; GARCÍA PINA, MJ. Y REDONDO REYES, R..
Hospital Los Arcos

Palabras Clave: Nosocomial, Vigilancia, Control

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha desarrollado en el Hospital Los Arcos; ha sido realizado por el Equipo de Vigilancia y Control de Infección Nosocomial, compuesto por una microbióloga, una internista y una enfermera.

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto pretende disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales (IN), mediante la implantación de un programa de vigilancia, prevención y control.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El programa de Seguridad del Paciente del SMS, propone la creación de equipos dedicados a la vigilancia y control de IN en todos los hospitales de la región. En el Hospital Los Arcos, se constituyó en octubre 08. Se han ido desarrollando labores de vigilancia de 1)ITU asociada a catéter vesical (tres cortes transversales de un mes al año), 2) infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía limpia-contaminada, la cirugía colo-rectal electiva (seguimiento del paciente 30 días postintervención) y cirugía limpia las artroplastias primarias de cadera y rodilla (seguimiento del paciente 1 año postintervención), 3) bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (BRC) (seguimiento durante el ingreso), 4) implantación del protocolo de vigilancia y control de Staphylococcus aureus resistente a meticilina, y 5) contacto con los responsables de los centros de salud para detección de otras ILQ. Labores preventivas como sesiones formativas sobre higiene de manos, formación para la mejora de la higiene ambiental hospitalaria al personal de limpieza, actualización de los protocolos de limpieza de material semicrítico y de aislamientos, instalación de soportes para solución hidro-alcohólica. Labores de control mediante la supervisión de realización de los programas puestos en marcha.

Resultados obtenidos.

Datos de incidencia desde noviembre 08 hasta mayo 09, valores comparativos los estándares de referencia para cada IN estudiada. ITU asociadas a catéter vesical 4% (estándar <5%), ILQ en artroplastias de cadera y rodilla 9% (estándar <4%) y en cirugía colo-rectal 25% (estándar <15%), BRC 2.4% (estándar <10%). Los resultados se presentan al equipo directivo, coordinador de calidad y comisión de infecciones del hospital

Lecciones aprendidas.

El sistema de vigilancia implantado nos permite contar con datos objetivos para realizar ciclos de mejora en aquellos procedimientos o situaciones que lo requieran. Podremos detectar precozmente brotes epidémicos y adoptar las medidas oportunas para su control. La sensibilización del personal sanitario y no sanitario respecto a la magnitud e importancia de las IN es continua al tener implantado un sistema de vigilancia y difusión de resultados regular

C-523

MONITORIZACIÓN DEL INDICADOR: MUERTES EN URGENCIAS DE PRIORIDAD IV Y V

HERRER CASTEJÓN, ANA *; RICARTE URBANO, ELENA; PALAZÓN SAURA,PATRICIA; GROS BAÑERES, BELÉN; VIÑADO OTEO, BERTA Y ASCASO MARTOREL, CONCEPCIÓN.
Hospital Miguel Servet

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

La monitorización ha tenido lugar en el Servicio de Urgencias Generales y de Traumatología del H. Miguel Servet en el año 2008. Se trata de un indicador incluido en el panel de indicadores de seguridad del sector, monitorizados de forma semestral y analizados por la Comisión de Seguridad Clínica del sector y el Grupo de Mejora de Calidad del servicio.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo es evaluar la seguridad y fiabilidad del Sistema Español de Triage (SET) implantado en el servicio de urgencias como sistema de clasificación de los pacientes a su llegada. Durante el año 2008 se detectaron 8 muertes de nivel IV y ninguna de nivel V. De las 8 muertes, 6 correspondian al síntoma guía: disnea. Se ha realizado una revisión del modo de realizar el triage en relación a este síntoma y se detectarón 2 posibles fuentes de error:

1. Falta de formación a la hora de realizar la escala de la disnea.
2. Correlación del nivel de triage y la saturación de oxigeno.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se trabajo en dos líneas:

soluciones aportadas 1. Formación de ATS en Escala de la disnea.

2. Información a los gestores de la aplicación PCH y SET de los datos obtenidos : sin respuesta de momento. Se realizó autoformación entre Medicos de urgencia_ATS y ATS-ATS de mas experiencia en triage. La formación fue poco programada, no oficial y realizada de forma arbitraria

Resultados obtenidos.

Los efectos se han medido monitorizando las muertes en el primer semestre de 2009 tras formación del personal implicado en realización de la escala de disnea y comparar con resultados de 2008. Pendientes aún de resultados definitivos podemos adelantar un descenso significativo en el número de eventos centinela monitorizados. Independientemente de la formación consideramos la necesidad de establecer una barrera informatica del sistema que disminuya la posibilidad de error humano y subjetibilidad y que seria la asignación de un nivel de I a III al síntoma disnea y en ningún caso una disnea puede ser triada como IV o V.

Lecciones aprendidas.

La monitorización de eventos centinela es importante y permite adoptar medidas de facil aplicación que a pesar de ser implantarse de forma informal y poco reglada permiten reducir la frecuencia de eventos centinela. Las barreras del sistema son necesarias pues la actuación aislada sobre las personas para evitar errores activos no previene totalmente la aparición del evento adverso. La utilización de aplicaciones informaticas son herramientas que nos pueden ayudar en la realización de nuestro trabajo pero es el sentido común el que debe guiar nuestras decisiones finales.

C-524

INTERVENCIÓN GRUPAL EN EL RIESGO DE DUELO DISFUNCIONAL

FERNÁNDEZ LAO,I*; SILVANO ARRANZ, A; MARTÍNEZ LORENZO, A; TORRES ALEGRE,P; GONZÁLEZ LÓPEZ, MM Y LUCAS CAÑABATE,S.
CS ALMERIA-CENTRO

Palabras Clave: Duelo Disfuncional, Diagnóstico de Riesgo, Diagnóstico enfermero, Intervención Grupal, Prevención

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizo en el centro de salud Almería-Centro y consultorio. El Toyo, centros de atención primaria pertenecientes al Distrito Almería. Se implicaron seis enfermeras. Cuatro como docentes y observadoras en los talleres y dos en grupo focal y entrevista

Descripción del problema/necesidades.

El duelo es considerado un momento vulnerable del ser problema/ humano relacionado con problemas de salud por esto se necesidades actúa sobre cuidadoras familiares diagnosticadas de riesgo de duelo disfuncional con la finalidad de conseguir cambios en las actitudes y estilos de vida de manera consciente y voluntaria. Se identificaron las causas mediante la valoración enfermera de necesidades de virginia henderson. El problema se cuantifico mediante indicadores de resultados enfermeros noc.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizo taller grupal de duelo, con 18 participantes en varios grupos, con metodología activo-participativa centrada en sus necesidades. Los profesionales implicados fueron 5 enfermeras gestoras de casos y 1 enfermera de familia formadas en duelo. Los participantes se captaron por derivación de su uaf correspondiente. Se realizarón seis sesiones semanales de dos horas de duración entre marzo y abril de 2007, con evaluación al finalizar el taller, al año (abril 2008) y los dos años(abril 2009).

Resultados obtenidos.

Como efectos los usuarios que participaron en el taller no han acudido posteriormente a consulta médica por el proceso de duelo y el tratamiento antidepresivo en dos personas se suspendido a los dos y tres meses respectivamente y el resto no ha necesitado tomar medicación. Los usuarios ven la necesidad de que se instauren los talleres como otra actividad más ofertada por el centro de salud incluyéndolos dentro de la cartera de servicios. Excepto una persona todos valoran el taller de utilidad para afrontar el duelo. Los datos se recogieron mediante entrevista informal durante la actividad, encuesta de satisfacción al finalizar las sesiones y grupo focal y seguimiento en historia clínica al año y seguimiento en historia clínica a los dos años

Lecciones aprendidas.

La enfermera de atención primaria tiene una labor importante para prevenir la aparición de problemas de salud derivadas de una inadecuada progresión del proceso de duelo.

Con esta técnica grupal se utilizan procedimientos innovadores, imaginativos y variados distintos a los utilizados en el seguimiento del duelo en consulta a la vez que se estimula la participación y la reflexión. Aunque el dolor no desaparece aplican los conocimientos adquiridos para disminuir su intensidad en los momentos más vulnerables. La próxima vez se aumentarían el número de sesiones

C-525

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA EN SOFTWARE LIBRE PARA LA VERIFICACIÓN DE DISTRIBUCIONES DE DOSIS EN RADIOTERAPIA

PÉREZ ROZOS,A.; LOBATO MUÑOZ, M. Y JEREZ SAINZ, I.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Dosimetria Clínica, Radioterapia, Radiocromica

RESUMEN

Contexto de partida.

La Garantía de Calidad es un elemento clave en los tratamientos de radioterapia, por lo que los Servicios de Radiofísica someten estos equipos a rigurosos programas de garantía de calidad.

Descripción del problema/necesidades.

Los tratamientos radioterápicos más complejos requieren sin embargo de adicionales medidas o controles para garantizar que la dosis que se administra en el paciente coincide con las solicitadas. Una de las medidas más estandarizadas es la determinación de distribuciones de dosis con película radiográfica o radiocrómica y su comparación con las distribuciones calculadas con el sistema de planificación de tratamientos. Para realizar estas comparaciones existen una serie de programas comerciales que pueden no adaptarse exactamente a las necesidades existentes en el centro y cuyos algoritmos de cálculo pueden no ser públicos ni perfectamente conocidos. Por otro lado, los paquetes de software de libre distribución, bien matemático o gráfico, no poseen herramientas específicas ni apropiadas para esta tarea, siendo necesario la personalización adecuada de ellos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se acometió el proyecto de utilizar plataformas de software libre para elaborar una aplicación informática para la determinación de distribuciones relativas y absolutas de dosis y la comparación con el sistema de planificación. Se escogió el programa de libre distribución ImageJ (W. Rasband, NIH), programado en Java, multiplataforma y que es posible modificar utilizando programas añadidos y plugins. Permite su utilización en entornos Windows, Mac o linux. Se elaboró un plan de trabajo consistente en varias etapas: identificación de la información necesaria a transferir desde los distintos sistemas, sus formatos de transferencia, elaboración de plugins de importación de formatos, elaboración de rutinas de adaptación y registro de imágenes, rutinas matemáticas de comparación y publicación de resultados, periodo de evaluación y pruebas de la aplicación.

Resultados obtenidos.

Se comprobó el funcionamiento de la aplicación, cumpliendo perfectamente el cometido para el que fue diseñadade una manera rápida y ágil. Frente a las aplicaciones comerciales aporta como ventaja la mayor rapidez en el proceso de trabajo y el uso de algoritmos de cálculo perfectamente conocidos y personalizados, como desventaja la menor flexibilidad al estar diseñada para un cometido y condiciones de trabajo concretos.

Lecciones aprendidas.

El desarrollo de herramientas propias permite el perfecto conocimiento de los algoritmos de cálculo empleados y las ventajas y limitaciones de la aplicación.

C-526

NUEVO PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DE CADUCIDADES EN BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

MIRALLES MARTÍNEZ, RM; DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, AM; COTILLA ARIZA, S; MARTÍN GARCÍA, R; MARTOS MORENO, R Y MARTÍN MÁRQUEZ, A.
Hospital de la Axarquía

Palabras Clave: Seguridad, Caducidades, Procedimientos, Procesos, Acreditación

RESUMEN

Contexto de partida.

En el contexto de la acreditación de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Otorrinolaringología (ORL), en la que participan las Unidades de Hospitalización de ORL, Consultas Externas, Pediatría y Bloque Quirúrgico, se crea un grupo de trabajo, enfermera coordinadora de quirófano, auxiliar, supervisor de quirófano, dentro del área de seguridad del paciente.

Descripción del problema/necesidades.

Sobre la base del proceso de revisión y limpieza de almacenes que existía en la Unidad de Bloque Quirúrgico, se ve la necesidad de una revisión reglada de almacenes y caducidades, con el correspondiente registro, como elementos de mejora de la seguridad y la calidad asistencial. Y era requisito necesario para la Acreditación de la UGC de ORL.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En una primera fase se reúne el grupo para estudiar la situación actual que había y hacer una revisión bibliográfica, en conjunto con las demás Unidades. Se llega a un consenso y se hace un Procedimiento de revisión de caducidades y su correspondiente registro. Se hace una adaptación específica del Procedimiento a la Unidad Bloque Quirúrgico, implantándose tras la difusión entre los profesionales del Servicio

Resultados obtenidos.

- Procedimiento de caducidades adaptado a la Unidad
- Registro de revisión de caducidades en Quirófano
- Definición de enfermeras y auxiliares responsables de la revisión
- Contribuir a la Acreditación de la Unidad de Gestión Clínica de ORL
- Ausencia de instrumental, material fungible o medicamentos caducados desde la implantación

Lecciones aprendidas.

Mejora de la calidad asistencial, a través de prácticas seguras relacionadas con el uso de instrumental, fungibles y medicamentos. Solo podemos hablar de Seguridad de nuestros pacientes, cuando nuestra actividad clínica esté marcada por actuaciones basadas en evidencias, y procedimientos reglados que lleven aparejados registros y responsabilidades. Las Acreditaciones son procesos que ayudan a encontrar puntos fuertes y otros de mejora en nuestra actividad, que nos enseñan que la revisión y control de nuestra práctica diaria deben ser procesos continuos encaminados a la mejora de la Calidad Asistencial que prestamos.

C-527

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE MEJORAS EN EL RIESGO DE CAÍDAS: UGC DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

MORALES CUENCA, N; SEGOVIA GIL, M; ARAGÜEZ PÉREZ, A; PÉREZ JIMÉNEZ, C; JIMÉNEZ MOYA, R y TORRES SERRANO, C.
Hospital de la Axarquía

Palabras Clave: Seguridad, Riesgo Caídas, Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Unidad de Medicina Interna del Hospital Comarcal de la Axarquía, se formó un grupo de mejora de enfermeras y auxiliares en el año 2007.
Descripción del problema/necesidades.
Ante la incidencia de varias caídas de pacientes en 2007, una de ellas con resultado grave, se decide estudiar los puntos críticos para darles respuestas que mejoren nuestra asistencia y eviten dichas caídas en lo sucesivo. Además se pretende que las medidas de mejora sean un continuo, analizando, en su caso, cada evento adverso que se produzca en este sentido. Y trabajar intensamente en la prevención de caídas
Desarrollo y soluciones aportadas.
En una primera fase se forma el grupo, que analiza las últimas incidencias de caídas en el servicio, para encontrar los puntos críticos Se buscó evidencia científica, se estudiaron los recursos humanos y materiales existentes Finalmente se llegó a la realización de un Plan de Cuidados Estandarizado del diagnóstico Riesgo de Caídas, con posterior difusión entre los profesionales de enfermería. Este Plan quedó implantado desde noviembre de 2007 y continúa en la actualidad
Resultados obtenidos.
La implantación de un Plan de Cuidados estandarizado en la Unidad ha dado como resultados un mejor registro de cuidados, una mayor implicación de los profesionales, que conocen y aplican las intervenciones necesarias para la prevención de caídas. Todo esto en el plano cualitativo, habiéndose observado que el diagnóstico de Riesgo de caídas es un diagnóstico prevalente en la Unidad, siendo coherente con la situación real de nuestros pacientes Se implantan estas medidas como generales para todos los pacientes que ingresan en Medicina Interna Se han aumentado los recursos materiales para dar respuestas a las necesidades de nuestros pacientes Profesionales de este grupo, están participando, actualmente, junto con otros profesionales del hospital en la creación de un Procedimiento de prevención de caídas, para su posterior implantación en el Hospital
Lecciones aprendidas.
Se hace necesario establecer escalas validadas para valorar a los pacientes de alto riesgo, que nos permitan la discriminación objetiva, y que queden registradas en la valoración inicial del paciente. Hay que dar respuesta a los eventos adversos que ocurren con nuestros usuarios, y para ello es importante la implicación de nuestros profesionales. La creación de grupos de trabajo que analicen los problemas, descubran los puntos críticos y den respuesta desde la propia unidad, mejora la seguridad de nuestros pacientes y la calidad asistencial, además de facilitar la implantación de medidas por la propia implicación de los profesionales

C-528

PRESENTACIÓN E INDICACIÓN DE LA CLORHEXIDINA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

GONZÁLEZ JUANES C. ; ESPONA QUER M.; GRAU CERRATO S. Y DOMÍNGUEZ FORTUNY V..
Hospital del Mar IMAS

Palabras Clave: Clorhexidina, Indicación, Mejora, Antiséptico, Seguridad, Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en un hospital universitario de 3er nivel ,450 camas.El equipo estuvo formado por una enfermera de control de infecciones y una farmacéutica clínica.
Descripción del problema/necesidades.
Desde 01/2007 al 05/2008 se han producido más de 300 consultas en el Servicio de Farmacia sobre cuál era la concentración de clorh. más adecuada en determinados procedimientos. Paralelamente se han detectado errores por la similitud en el etiquetado de cada una de las formulaciones de clorh.Uno de los objetivos en el Programa de la Alianza por la Seguridad del Paciente(OMS)es promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seg. del pac. entre los profesionales y los pac. en cualquier nivel de atención sanitaria.El correcto uso de los antisépticos en las áreas de hospitalización es un factor determinante para evitar la aparición de infecciones o complicaciones en los pac. como consecuencia de efectos adversos relacionados con el uso de estos compuestos.Desde la Comisión de Infecciones del Hospital se planteó revisar y mejorar la correcta aplicación de la clorh.El objetivo de este proyecto fue introducir medidas para disminuir la posibilidad de error en la utilización de las formulaciones de clorh. por parte de los profesionales sanitarios.
Desarrollo y soluciones aportadas.
De acuerdo a la literatura, se elaboró un documento en el que se especificaban las indicaciones de la clorh.Para minimizar los errores, se contactó con el laboratorio fabricante para asignar un color diferente en el etiquetado de cada concentración y presentación. Posteriormente se elaboraró un documento con fotos para facilitar su identificación visual y se incluyeron los códigos de identificación para su correcta petición desde las u.H.Consensuado en la comisión de infecciones y los servicios implicados, se elaboró el doc. Formato póster desde el serv. Comunicación.Se comunicó por email a la dirreción de enfermeria.Se distribuyó el poster en las áreas donde se utiliza clorh. Y se realizó formación a los profesionales, por parte del serv. Farmacia y progr. De infecciones.
Resultados obtenidos.
El nº de consultas en el serv.Farmácia desde el 1/10/2008 hasta el 31/03/2009 fue de 5. Durante este periodo,el progr. De infec. No ha detectado errores en la aplicación de clorh.
Lecciones aprendidas.
El etiquetado de los medicamentos es una fuente potencial de errores de medicación. Debería evitarse la adquisición de fármacos cuyo etiquetado pudiera originar algún error. La información visual en forma de poster tiene buena aceptación por el personal diana y parece asociarse con una mayor comprensión de la información que se quiere transmitir.

C-529

NORMALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PETICIÓN DE MEDICAMENTOS EXTRANJEROS EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

PÁEZ VALLE, R.; PINTOR MÁRMOL, A.; LLAMAS DEL CASTILLO, MD.; BARÓ RODRÍGUEZ, L.; ORTEGA TUDELA, G. Y BAYONA GARCÍA, M.
Distrito Sanitario Costa del Sol

Palabras Clave: Procedimiento Normalizado de Trabajo.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se llevó a cabo en el Servicio de Farmacia del Distrito Sanitario Costa del Sol, responsable por la normativa vigente de gestionar las peticiones de importación de medicamentos extranjeros a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Descripción del problema/necesidades.

La gestión de medicamentos extranjeros se encuentra regulada por Circular 6/91, de 16 de mayo, del SAS. Se analizó el procedimiento vigente en el Servicio hasta la fecha así como algunos incidentes ocurridos con pacientes y se encontraron varias desconexiones tales como peticiones incorrectas por ausencia de informe clínico adecuado, número de envases y fecha de petición no conformes a la posología, deficiente identificación de los pacientes, fallos en la gestión económica, archivado incorrecto de la documentación, etc. Todo lo anterior provocaba retrasos en la obtención de los medicamentos, número de envases insuficientes para los tiempos de tratamiento autorizados y el consiguiente perjuicio para los pacientes.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Como herramientas para mejorar el proceso, se elaboró un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) donde se describieron las diferentes fases con sus correspondientes responsables y comprobaciones previas. Para conseguir una correcta trazabilidad, se diseñó un listado de verificación que debía rellenar el responsable de cada fase del proceso y que recogía aspectos como la pertinencia del pedido, la documentación necesaria, la identificación inequívoca del paciente, la gestión económica y la conservación de la documentación tanto en formato papel como electrónico.

Resultados obtenidos.

Desde la implantación del nuevo procedimiento se han reducido a cero las solicitudes denegadas por parte de la Agencia Española de Medicamentos. Asimismo, no se han vuelto a detectar errores en la identificación de los pacientes ni en los tratamientos suministrados.

Lecciones aprendidas.

El empleo de PNT asegura la uniformidad de las tareas rutinarias que se llevan a cabo en el Servicio aunque éstas sean realizadas por distintos profesionales. Asimismo, permiten controlar a posteriori si las tareas se están realizando correctamente.

C-530

PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

GONZÁLEZ JADRAQUE,E; DELGADO SÁNCHEZ,MP; MILLÁN PÉREZ,JJ Y MENCHÉN TABASCO,MC.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: Endoscopia, Pediatría, Atención

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó en el servicio de endoscopias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Están implicados todos los autores y parte del personal de los diferentes servicios que colaboran con endoscopias en determinadas técnicas. Personal de enfermería de hospital de día quirúrgico y reanimación, pediatra espacializado en digestivo, pediatra especializado en anestesia y enfermera de calidad y formación.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretendía describir la actuación de la enfermera en las diferentes fases del proceso de atención del paciente pediátrico que se realiza una endoscopia digestiva, con la finalidad de disminuir la variabilidad de los cuidados y aumentar la calidad de los mismos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Realizando una descripción del proceso y analizando la actividad endoscópica digestiva pediátrica. El proceso consta de cuatro fases: primera fase en la consulta de pediaría, donde el paciente es valorado y se solicita el procedimiento endoscópico específico. Segunda fase: ingreso del paciente en cirugía mayor ambulatoria. Inicio del plan de cuidados estandarizado para endoscopia pediátrica. Tercera fase: desarrollo del procedimiento endoscópico y plan de cuidados en reanimación. Cuarta fase: valoración y alta del paciente por la enfermera.
Recomendaciones al alta.

Resultados obtenidos.

Se trata de un estudio descriptivo del proceso de atención del paciente pediátrico que se realiza una endoscopia digestiva en el hospital universitario fundación alcorcón. Hemos descrito la actividad de la enfermera en las diferentes fases del proceso y analizada la actividad endoscópica digestiva pediátrica. La necesidad que nos planteamos es analizar los cuidados realizados y evaluar la atención que prestamos a los pacientes .

Lecciones aprendidas.

El diseño de procesos de atención disminuye la variabilidad de los cuidados prestados y nos permitirá en futuros estudios evaluar la atención que damos a los pacientes.

C-531

LA COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y ESPECIALIZADA (AE) DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS/AS PROFESIONALES

GONZÁLEZ LLINARES, RM ; ARCELAY SALAZAR, A; MARTÍNEZ CARAZO, C; IRURETAGOYENA SÁNCHEZ, ML; AGUIRREBEÑA LARRAÑAGA, J Y SANCHO ESTERAS, JA.
Organización Central. Osakidetza

Palabras Clave: Seguridad, Coordinación, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto de investigación comisionado multicéntrico (9 organizaciones de servicios de Osakidetza de AP y AE) financiado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco e iniciado en 2008. Equipo investigador interdisciplinar de diferentes niveles asistenciales clínicos y de gestión.

Descripción del problema/necesidades.

Muchos autores constatan la existencia de dificultades y la necesidad de desarrollar y mejorar la coordinación interniveles siendo los profesionales puntos clave.Un abordaje cualitativo desde las perpectivas de éstos incidiendo en sus valores,hábitos y formas de hacer pudiera aportar elementos interesantes y complementarios a los existentes para poder mejorar esta coordinación. OBJETIVOS: Desarrollar un acercamiento profundo en la coordinación AP y AE desde las perspectivas de los profesionales.Identificar áreas de mejora.Establecer prioridades en las líneas de trabajo detectadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Etapa I:Revisión de la literatura en bases de datos y revisión documental. Etapa II:Generación de información mediante técnicas cualitativas:entrevistas semiestructuradas (5) y grupos de discusión (3). Definición de perfiles de los participantes. Guión en las técnicas cualitativas.Etapa III:Análisis y priorización de líneas de trabajo mediante matriz de priorización que contempla 4 criterios con diferentes pesos (efectividad de la acción 30%, impacto sobre profesionales 25%, impacto sobre pacientes 25% y factibilidad de la acción propuesta 20%).

Resultados obtenidos.

Tablas de resúmenes de bibliografía consultada.Participación 27 profesionales en técnicas cualitativas.Identificación 22 líneas de trabajo o acciones, agrupadas en 3 bloques:efectividad o capacidad de resolucción, comunicación/coordinación y motivación/factor humano. Las 5 primeras líneas más puntuadas: promover HC electrónica, mejorar informe de continuidad de cuidados, objetivos consensuados entre AP y AE, desarrollar protocolos de derivación y promover utilización de la telemedicina.Las 5 líneas menos puntuadas: promover gerencia única, reeducar al paciente para equilibrar la demanda, potenciar desarrollo de incentivos, crear pactos de consumo, propiciar otros foros conjuntos.

Lecciones aprendidas.

Desarrollo HC electrónica.Desarrollo de foros conjuntos y trabajo colaborativo de desarrollo y puesta en marcha de herramientas (objetivos consensuados, sesiones clínicas y formativas conjuntas...).Promover la utilización de la telemedicina.Mejorar circuitos administrativos.Aumentar acceso a pruebas diagnósticas desde AP.Promover estudios cualitativos que profundicen y corrijan los sesgos detectados en el estudio.

C-532

MONITORIZACIÓN: LA IMPORTANCIA DE ESTAR ALERTA

SYLVIA CARRASCO BONILLA Y RAFAEL GÓMEZ NAVARRO.
Hospital Obispo Polanco. Teruel

Palabras Clave: Ulceras por Presión, Monitorización

RESUMEN

Contexto de partida.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel, dependiente del SALUD. Consta de 35 camas, que generaron el año 2008 un total de 1.124 ingresos y en el que prestan sus servicios 15 enfermeras. En el desarrollo del proyecto estuvo implicado todo el personal de enfermería coordinados por un grupo de mejora.

Descripción del problema/necesidades.

La puesta en marcha y evaluación del Protocolo de prevención de lesiones por presión en atención hospitalaria, del SALUD, supuso una mejora importante en la prevención de este efecto adverso ligado a la hospitalización. Concretamente en nuestro servicio se consiguió que en un 97 % de pacientes estuviera documentada la valoración de riesgo de UPP al ingreso mediante la Escala de Norton modificada, lo que suponía una mejora relativa sobre la situación de partida del 68 %.

Sin embargo, los resultados de una única evaluación no debían tranquilizarnos en el sentido de que habíamos superado definitivamente el problema. Se hacía imprescindible establecer instrumentos que nos facilitaran conseguir que la mejora conseguida perdurara en el tiempo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El grupo de mejora puso en marcha durante el año 2008 un sistema de monitorización trimestral del indicador “numero de pacientes en los que esta documentada valoración con la Escala de Norton al ingreso” mediante el método LQAS. Esto supuso la implicación y motivación de todo el personal de enfermería del servicio, al que se le informó en oportunas reuniones.

Resultados obtenidos.

La monitorización permitió descubrir que en el último trimestre del 2008 nos habíamos desviado de nuestro objetivo lo suficiente como para que nos planteáramos implementar algunas medidas tendentes a mantener unos niveles aceptables de calidad, entre las que destaca un cambio en el sistema de registro. Tras esto, se procedió en Marzo de 2009 a realizar evaluación completa de los 91 ingresos en el servicio, para evaluar la eficacia de la intervención obteniéndose como resultado el cumplimiento del criterio de calidad en el 95,6% de los casos, cifra que supera el estandar establecido. Se hacía por lo tanto necesario y útil mantener el sistema de monitorización para detectar en el futuro posibles nuevas desviaciones de nuestro objetivo.

Lecciones aprendidas.

La monitorización es una de las actividades necesarias para llevar a la práctica el compromiso con la calidad. La mejora continua obliga a establecer sistemas de monitorización que nos permitan comprobar que nos encontramos dentro de unos niveles de calidad preestablecidos.

C-533

PROCEDIMIENTO DE SONDAJE VESICAL EN EL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA: ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

LUPIÁÑEZ BUENO, C; RUIZ MEDIALDEA, F; GONZÁLEZ CABELLO, L; RODRÍGUEZ MORENO, R; ALCÁNTARA CAMPOS, P Y FERNÁNDEZ GARCÍA, M A.
Hospital de la Axarquía

Palabras Clave: Seguridad, Procedimientos, Sondaje Vesical, Infecciones Nosocomiales

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital de la Axarquía, se reúne un grupo de enfermeros expertos, junto a la preventivista, pertenecientes a las unidades de Medicina Interna, Pediatría y Cuidados Críticos y Urgencias.
Descripción del problema/necesidades.
Se produjo un incremento anormal de infecciones urinarias, asociadas a catéter, con el consiguiente deterioro del paciente, aumento de las estancias hospitalarias, y, por tanto, del coste. Con la correcta ejecución de la técnica de sondaje, y a través de la aplicación de una serie de medidas médicas e higiénico-sanitarias es posible disminuir un 30% las complicaciones infecciosas del sondaje vesical. La tasa de mortalidad por bacteriemias relacionadas con vías urinarias es del 13%.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Como medida de mejora, se forma un grupo de expertos, que, en una primera fase, realiza un estudio AMPFE, que como resultado prioriza la actuación sobre el sondaje vesical. Tras una revisión bibliográfica, basándonos en la evidencia científica existente, se desarrolla un nuevo procedimiento de sondaje vesical en el Hospital de la Axarquía, conteniendo la técnica, cuidados del paciente y recomendaciones al alta, tanto en adultos como en niños. Se revisa y se valida por el Jefe de Servicio de Urología y por la Comisión de Infecciones Nosocomiales, y se procede a seguir un cronograma que incluye un plan de formación acreditado, y difusión general e implantación del procedimiento, con el apoyo de herramientas como póster, liderado por el referente de cada unidad, con apoyo de la preventivista
Resultados obtenidos.
-Un procedimiento revisado y validado de sondaje vesical.
- Un profesional referente, que influye positivamente en la difusión e implicación del resto del personal.
- Plan de Formación acreditado para prevenir las infecciones nosocomiales asociadas a catéter vesical.
- Se actualizan los recursos materiales existentes, adaptándolos al nuevo procedimiento.
- Se incluyen indicadores de evaluación, tanto del impacto de la difusión como de competencias y resultado.
Lecciones aprendidas.
Basar nuestro trabajo en la evidencia científica, mejora la calidad de nuestras intervenciones clínicas y la seguridad de nuestros pacientes, a la vez que redunda en el incremento de la eficiencia, por la disminución de las estancias y de las complicaciones asociadas a las infecciones nosocomiales. Desde el liderazgo de las propias enfermeras asistenciales, se mejora la incorporación del equipo a los cambios y su implicación en dichos cuidados seguros y de calidad.

C-534

IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE UPP Y UNIFICACIÓN DE FUNGIBLES EN EL ÁREA SANITARIA MÁLAGA ESTE-AXARQUÍA

MUÑOZ CONDE, M; GARCÍA RECIO, J; CABELLO JAIME, R; RUBIO MARTI , C; DEL RIO REYES, S YMOLINA MÉRIDA, O.
Hospital de la Axarquía

Palabras Clave: Guías, Continuidad, Seguridad, Úlceras, Recursos, Eficiencia

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Área Sanitaria Málaga Este-Axarquía, desde la Comisión de Cuidados de Área (CCA), se crea un grupo de enfermeros con experiencia clínica, investigadora y en gestión de recursos materiales (RRMM), de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE), para implantar guías de práctica clínica y de actuación compartida en Úlceras por Presión (UPP), incluyendo unificación de RRMM.
Descripción del problema/necesidades.
En la CCA, durante la realización de una Guía de Actuación Compartida en UPP, se detecta una gran variabilidad, tanto en la práctica clínica enfermera, como en los RRMM utilizados. No se garantizaba la Continuidad de Cuidados, ni en la asistencia clínica ni en los circuitos de derivación interniveles. Era necesaria la actualización de conocimientos, en cuanto a diagnóstico y tratamiento de UPP entre los profesionales
Desarrollo y soluciones aportadas.
El grupo acoge la Guía de Práctica Clínica de UPP de la soluciones aportadas Consejería de Salud; Realización de algoritmos de diagnóstico, prevención y tratamiento de UPP, que sirvan de difusión de las Guías, y de diseminación de conocimientos en práctica clínica y en materiales a usar Se revisan los RRMM existentes para unificarlos. Nombrar un profesional clínico referente por Unidad, para la implantación de la Guía de práctica clínica: difusión, adherencia a los algoritmos. Realización y puesta en marcha de un cronograma dedifusión a todos los profesionales de enfermería del Área
Resultados obtenidos.
Referente del proyecto en cada Unidad/Centro en UPP
Creación de un documento base interniveles y algoritmos de decisión en formato pósterUnificación y gestión de los RRMM en el Área
Lecciones aprendidas.
La participación y coordinación de todos los profesionales implicados disminuye la variabilidad en la práctica clínica, mejora la calidad asistencial, la Continuidad de cuidados, la seguridad del paciente y la satisfacción de los ciudadanos.
Conseguir canales de comunicación en la difusión de conocimientos, es fundamental, cuando se trata de mejorar la continuidad de cuidados interniveles y disminuir la variabilidad. La figura del profesional referente en cada Unidad/Centro, es piedra angular en ésto

C-535

INFECCIONES NOSOCOMIALES. RESPONSABILIDAD SANITARIA Y SEGURIDAD ASISTENCIAL

RODRÍGUEZ HORNILLO, MANUEL; DE LA RIVA MORENO, Mª CARMEN Y SERRATOSA SÁNCHEZIBARGÜEN, ALEJANDRO.
Servicio de Aseguramiento y Riesgo (SSCC)

Palabras Clave: Nosocomial, Seguridad, Resposabilidad, Guía. Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.

El Servicio de Aseguramiento y Riesgos es el departamento del Servicio Andaluz de Salud encargado de dar respuesta a las reclamaciones de Responsabilidad Patrimonial que, en la mayoría de los casos, suponen un suceso centinela en la seguridad asistencial, desde la perspectiva médico-legal. En especial, uno de los frecuentes motivos de reclamación lo constituyen las infecciones Nosocomiales.

Descripción del problema/necesidades.

En el momento actual la preocupación por las infecciones nosocomiales problema/ forma parte de una de las grandes líneas estratégicas de la OMS en necesidades Seguridad del Paciente, con afectación de prácticamente todas las Áreas asistenciales, en especial los Cuidados Intensivos y las Áreas quirúrgicas. Existe una gran disparidad de criterios en la concepción del problema por parte de los distintos estamentos implicados: médico, jurídico, social, etc., con importantes repercusiones para el sistema público de salud de Andalucía, teniendo en muchas ocasiones una visión errónea de lo que realmente suponen en la Medicina este tipo de evento adverso. Poder dictaminar si un suceso de este tipo fue o no evitable, y por ende indemnizable, es una cuestión que necesita de un complejo estudio de la situación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se muestra imprescindible disponer de una Guía para efectuar con rigurosidad la evalua-ción de estos casos, mediante criterios médico científicos actualizados acerca de las posibilidades reales de la Medicina ante un episodio infectivo, a pesar de la imposibilidad de su erradicación, asumiendo estoicamente la inevitabilidad de convivir con estos procesos y sus consecuencias. Proponemos los principios reguladores que deben imperar en la evaluación médica ante una reclamación o denuncia por infección nosocomial, una vez analizados todos los expedientes gestionados en nuestro Servicio en la última década.

Resultados obtenidos.

- Estudio de la vulnerabilidad: edad, prematuridad, estado inmunitario, enfermedades concomitantes...
- Características del medio hospitalario:
- Tasas de incidencia/prevalencia de nosocomiales.
- Área de hospitalización
- Planes de prevención, vigilancia y control.
- Características de la asistencia. Protocolos, tiempo de hospitalización, técnicas invasivas...
- Datos Epidemiológicos/microbiológicos: epidémico/endémico, germen, resistencia...
- Tipo de infección: neumonía, de herida quirúrgica, urinaria.
-Otros aspectos de valoración.

Lecciones aprendidas.

El análisis debe ser individualizado. Las directrices de evaluación responderán al estado actual de la ciencia médica, siendo revisables y gozando de variabilidad para cada proceso asistencial.

C-536

DISEÑO DE UN MÉTODO DE EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS

COMES GORRIZ, N; DELGADO SAN MARTÍN, M; DÍAZ TESTILLANO, A; TRILLO CIVANTOS, C; SACRISTÁN COLMENAREJO, S Y ROMERO MARÍ, E.
FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Palabras Clave: Hidroalcoles, Infección Nosocomial, Observación Directa, Lavado de Manos

RESUMEN

Contexto de partida.

Fundación jiménez díaz-capio en madrid.Los servicios diANA donde se realizó el pilotaje fueron una unidad de hospitalización médica, una unidad de hospitalización quirúrgica y dos unidades especiales. El personal evaluado fue personalmédico, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores y familiares de pacientes hospitalizados de dichas unidades.

Descripción del problema/necesidades.

A través de la unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios se hizo una revisión del procedimiento de higiene de manos.A través de la cippa y del servicio de medicina preventiva se introdujo como novedad la solución hidroalcohólica.La implantación se realizó en el periodo comprendido de enero a junio de 2007 y en noviembre de 2008 se hizo una evaluación por consumo.Con ello en enero de 2009 nos planteamos otras alternativas en cuanto al sistema de evaluación

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.Consumo teórico por estancia en las cuatro unidades soluciones aportadas diANA en el primer cuatrimestre del 2009:actividades diarias realizadas al 100% de los pacientes,porcentaje de actividades no realizadas a todos,número de veces que se realiza al día,personal interviniente y estancias mensuales.Así hallamos el consumo teórico de solución que debe usar cada unidad al mes cruzado con el consumo real mensual de cada servicio obteniendo el indicador del seguimiento.2.Evaluación por observación directa:dos horas diarias del 23 al 27 de marzo de 2009 en las cuatro unidades diANA y sobre el personal descrito antes y después de realizar la acción evaluado si se lavaban las manos o usaban solución o no realizaban ninguna de las dos. Los observadores fueron las supervisoras de esos servicios y la recogida de datos en una plantilla diseñada.

Resultados obtenidos.

Conseguimos un seguimiento mensual del consumo y evaluar el uso de dicha solución.Así obtenemos un diseño objetivo,fácilmente medible,estudio observacional novedoso y reproducible a servicios de perfiles similares dentro del mismo centro o diferentes.Ambos métodos son complementarios y no deben realizarse el uno sin el otro ya que los resultados de ambos han sido muy similares.En mayo de 2009 lo hemos extrapolado a toda la fjd y al hospital infanta elena de valdemoro.Además pensamos que puede ser extrapolable a cualquier centro que desee introducirlo.

Lecciones aprendidas.

Monitorización mensual,dinamismo al sistema de evaluación y establecemos cuál debe ser la utilización de este producto en una práctica adecuada.A partir de aquí surge la necesidad de la reimplantación de dicho procedimiento como acción de mejora.

C-537

PLAN DE IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

DÍAZ LÓPEZ,C.; TEJEDOR FERNÁNDEZ,M.; PELAYO OROZCO, A.; LLUCH FERNÁNDEZ , M.; DE LA TORRE BARBERO , MJ. Y RUFIÁN PEÑA, SEBASTIÁN.
Hospital Reina Sofía. Córdoba

Palabras Clave: Checklist Quirúrgico, Listado Verificación, Seguridad paciente

RESUMEN

Contexto de partida.

La Comisión de Seguridad del Paciente, constituida en 2007, estableció como línea de trabajo la implantación del checklist quirúrgico en todas las intervenciones del hospital (40.000 anuales), dentro del Plan global del centro.

La gerencia del hospital priorizó en 2009 la utilización del listado de verificación como un objetivo para los Servicios médico-quirúrgicos.

Descripción del problema/necesidades.

La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tienen entre sus prioridades la seguridad quirúrgica del paciente. Existe evidencia científica de que una parte considerable de los efectos adversos (EAs) ligados a la cirugía, incluida la muerte, es evitable.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Inicio: marzo de 2009. Metodología: -Designación de un Cirujano General responsable del proyecto por la Comisión de Seguridad del Paciente y al Servicio de Calidad y Documentación Clínica para su asesoramiento. -Revisión bibliográfica. -Elaboración del plan de implantación. -Aprobación por la Comisión de seguridad del paciente, Junta Facultativa y por la Comisión de Dirección del Hospital. -Presentación plenaria a Jefes de Servicio/Directores de Unidades de Gestión Clínica y Supervisoras. -Designación de responsables de implantación en cada Servicio. -Formación de los responsables operativos. -Sesiones de comunicación en cada uno de los Servicios. -El proyecto se encuentra en fase de aplicación en 35 quirófanos.

El proyecto continuará con: -Campaña de divulgación pública. -Evaluación de la aplicación del checklist. -Análisis causa–raíz de los EAs notificados e introducción de mejoras. -Aplicación de medidas correctoras.

Resultados obtenidos.

El checklist comenzó su aplicación en los Servicios de Cirugía General, Cirugía Torácica y Urología, generalizándose su uso en todos los quirófanos a partir del 2 de Junio de 2009.

Lecciones aprendidas.

La implicación de la Dirección es requisito indispensable para el éxito del plan de implantación general en un hospital. La designación de un cirujano como responsable del proyecto facilitó la comunicación con los profesionales facultativos y de enfermería de los servicios quirúrgicos, disminuyendo las lógicas resistencias al cambio. Durante la implantación se ha evitado la aparición de EAs concretos, si bien, la ejecución de las siguientes fases del proyecto permitirá la medición objetiva de los resultados.

C-538

EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL PUNTO DE INFORMACIÓN. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN

PARRADO CUESTA, S. y SANTOS FLÓREZ, E.M..
Complejo Asistencial de León

Palabras Clave: Información, Accesibilidad, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

La puesta en funcionamiento del Punto de Información (PI) se llevó a cabo en el Complejo Asistencial de León en 2008, con la implicación de la Dirección y Subdirección de Gestión y SS.GG, la Jefatura de Personal Subalterno, Coordinador y Área de Admisión y Área de Enfermería.

Descripción del problema/necesidades.

Las obras de ampliación del Complejo Asistencial de León dificultaban la accesibilidad de los pacientes a las distintas unidades asistenciales. La creación del PI trajo consigo una mejora rápidamente percibida por los usuarios. Se analizaron los circuitos más habituales en los accesos al hospital, se contactó con los agentes externos facilitadores de la consecución de los objetivos perseguidos y se garantizó la información al usuario en tiempo real.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para cuantificar los resultados, se elaboraron hojas de recogida de datos que son llevadas mensualmente a una hoja de cálculo, se estblecieron reuniones sistemáticas con los miembros del equipo y se diseñó una encuesta de opinión a distribuir entre los usuarios. En la implementación del proceso se utilizaron las herramientas propias de la gestión y en ellas intervinieron todas las Direcciones de División.

Fases:

1.Entrevista para la selección de los integrantes del PI, con perfil.
2.Análisis de funciones y reorganización de tareas.
3.Procedimiento de Funcionamiento del PI.
4.Información y divulgación a todos los servicios/unidades afectados por el nuevo funcionamiento.
5.Formación específica del personal.
6.Fase de pilotaje.

Finalizada la fase de pilotaje y fijada fecha de inicio definitiva se envía un correo interno a todos los servicios afectados, notificando la fecha de inicio de los nuevos circuitos y tareas, y se da a conocer el nuevo servicio a la población mediante rueda de prensa.

Resultados obtenidos.

El PI solucionó el problema en un 90%. El % de incremento obtenido para el primer trimestre 2009 con respecto al último 2008, es de 120,3 %, con una media de 656 usuarios/dia atendidos. La demanda del servicio se incrementa en función de la satisfacción del usuario y de la calidad del servicio, lo que hace necesario el aumento de los PI.

Lecciones aprendidas.

Los usuarios valoran positivamente la gestión de profesionales que les facilitan el acceso a los servicios asistenciales, viéndolo como un servicio necesario y no prescindible, se sienten más seguros y llegan a la consulta relajados, lo que ha siendo valorado positivamente por los profesionales que los atienden.

Los datos reflejan que la gestión hospitalaria no debe obviar la atención ofrecida en el punto de contacto inicial con nuestro servicios.

C-539

ALGORITMO DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE PARITORIO DEL HOSPITAL INFANTA ELENA

MINCHÓN HERNANDO, ANTONIO; PRIETO SANTANA, MANUEL; GUTIERREZ GONZÁLEZ, MARGARITA MARÍA; MESA CANO, MARIA JOSÉ Y GÓMEZ, ANA.
HOSPITAL INFANTA ELENA, SAS, HUELVA

Palabras Clave: Algoritmo, Atención Urgente, Paritorio, Mejora

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de paritorio del H. Infanta Elena. Grupo de mejora sobre los registros de enfermería. Matronas y auxiliares de enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
En la consulta de urgencias de paritorio se atiende a las usuarias tanto con urgencias ginecológicas como obstétricas. En los periodos vacacionales el personal eventual desconoce el protocolo habitual de actuación, generándose dudas sobre qué debe hacerse. El algoritmo facilita la correcta atención de la mujer, reduciendo los tiempos de espera y garantizando una atención de mayor calidad. Este problema se analizó en el marco del grupo de mejora antes citado.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó una comisión del grupo de mejora para trabajar sobre este algoritmo, compuesta por cuatro matronas. El proyecto de algoritmo se presentó en el grupo, donde fue discutido y mejorado. Finalmente se presentó al colectivo de obstetras y al resto del equipo de la unidad. Fases: 1. Valoración. 2. Detección de problemas. 3. Diseño del algoritmo. 4. Presentación y discusión. 5. Diseño definitivo. 6. Impresión. 7 Presentación final y colocación en la consulta.
Resultados obtenidos.
El proyecto ha generado una mayor seguridad en la atención a las mujeres en la consulta citada y una mayor seguridad de los profesionales no fijos en la unidad. Este último dato se ha valorado a través de entrevistas no formales con dichos profesionales.
Lecciones aprendidas.
El trabajo conjunto con objetivos concretos favorece la mejora y el abandono de costumbres inadecuadas, ayudando a que las prácticas obedezcan a la evidencia científica y a la normativa existente. Para otra ocasión intentaríamos potenciar la presencia de profesionales de colectivos diferentes en la comisión. El mensaje práctico es que el trabajo sobre aspectos pequeños pero fundamentales aumenta la calidad de la asistencia y mejora el funcionamiento de los equipos humanos.

C-540

SEGURIDAD DEL PACIENTE, UN INSTRUMENTO INNOVADOR PARA IMPULSAR LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MORCILLO RÓDENAS, C.; ORTIZ ESPINOSA, J.; DÍAZ GARCÍA, R. Y SÁNCHEZ DEL PINO, R..
Distrito Sanitario Granada

Palabras Clave: Seguridad, Atención Primaria, Calidad Historias Clínicas

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en las 15 Unidades de Gestión Clínica (UGC) de un Distrito de Atención Primaria (AP). La dirección del Distrito y los equipos directivos de las UGC deciden fijar como un objetivo específico de los contratos de gestión de 2009 el de la Calidad de las Historias clínicas (HC). Un grupo de profesionales clínicos voluntarios establece los criterios mínimos que definen este objetivo.
Descripción del problema/necesidades.
Todas las UGC de nuestro Distrito trabajan con la Historia de Salud Digital (HSD) Diraya. Desde la implantación de la HSD no conocíamos prácticamente nada de la calidad de las historias clínicas. Por otro lado, el Distrito lleva trabajando tres años en el objetivo de Seguridad del Paciente (SP). En 2009, se decide utilizar la estrategia de SP para dar un impulso a la calidad de las historias clínicas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Al objetivo Calidad de las HC se le asigna una poderación del 7% del total de los objetivos (de las más altas tras los objetivos de Farmacia). A continuación se constituye elgrupo que define con detalle este objetivo. Una vez constituido (10 profesionales coordinados por la dirección de salud), éste mantuvo tres reuniones: una para hacer una propuesta inicial de los criterios de calidad de las HC; la segunda para conocer la situación de partida mediante auditoría de las HC; y la tercera para establecer los criterios definitivos de calidad de las HC. Desde la dirección del Distrito se establecen varias estrategias de información y comunicación para dar a conocer al resto de los profesionales este objetivo (cartas personalizadas, correos a las direcciones de los centros, reuniones con los responsables de SP, etc.). Los criterios que definen la calidad de las HC son: registro de alergias medicamentosas, registro del hábito tabáquico, lista de problemas actualizada, codificación de diagnósticos y calidad de las derivaciones.
Resultados obtenidos.
Actualmente podemos dar resultados de la auditoría inicial realizada sobre más de 200 HC. Se harán dos nuevas auditorías: una a finales de septiembre de 2009 y la última a principios de enero de 2010.
Lecciones aprendidas.
Estrategias innovadoras como la SP son útiles para impulsar objetivos claves como el de la calidad de las HC. Pero además, debemos impulsar durante años el trabajo de gestión de la demanda (disminución del nº medio de pacientes por médico/a, disminución de la frecuentación, aumento del tiempo medio por paciente) con el fin de que se den las condiciones necesarias para que la mayor parte de los profesionales puedan trabajar en este tipo de objetivos de calidad.

C-542

MEDIDAS IMPLANTADAS EN EL PROCESO DE MEJORA PREANALÍTICA EN EL ÁREA DE MICROBIOLOGÍA

GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, MJ; FERNÁNDEZ RUIZ, MC; PECINO RUIZ, I; PÉREZ SANTOS, MJ; MORALES LÓPEZ, A Y MÉRIDA DE LA TORRE, FJ.
Serv Laboratorio.UGC.Area Sanitaria Serrania de Málaga

Palabras Clave: Calidad, Fase Preanalitica, Orinas y Microbiología

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Laboratorio. UGC. Área Sanitaria Serranía de Málaga.
Descripción del problema/necesidades.
En los últimos años optimizar la fase preanalítica se ha convertido en un objetivo fundamental en la mejora de la calidad.Tras establecer diferentes medidas encaminadas a aumentar la efectividad en los resultados de microbiologia, analizamos una de ellas en relación a las notas informativas aplicadas en la recogida de las muestras de orina para cultivo microbiológico.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudiamos un total de 45597 muestras de orinas recibidas durante un periodo de 3 años (2006-2008), procedentes del Área hospitalaria (Distrito Cádiz, Distrito Ronda, Distrito Antequera, Distrito Guadalhorce y Centro hospitalario).
Las muestras recibidas en frasco estéril fueron procesadas según protocolo microbiológico. Aquellos pacientes que enviaron una única muestra en frasco no estéril se rechazó indicando " No se ha recibido muestra estéril. La orina para urocultivo debe enviarse en dos contenedores, el tubo y el estéril de boca ancha debidamente cerrado". El registro de las muestras se obtuvo mediante programa informático (Cubo, Siemens), que nos permitió analizar de forma conjunta los indicadores implantados.
Resultados obtenidos.
1.Observamos en los 3 años del estudio, que la prevalencia de las muestras de orinas recogidas de forma incorrecta, permanece casi de forma constante 11,29% (2006) a 19,88% (2008).
2.Analizando la misma en cada distrito, señalar que en el 75% de los casos (Ronda, Antequera, Guadalhorce), objetivamos que tras la implantacion de la medida de mejora, se aprecia un descenso a lo largo del estudio. Por el contrario en el Distrito de Cádiz apreciamos un aumento estadísticamente significativo, en particular para el año 2008.
3.El origen hospitalario de las muestras no parece influir en los resultados obtenidos.
Lecciones aprendidas.
1.Aunque a lo largo del estudio, no se observa un incremento significativo en las muestras de orinas recogidas de forma inadecuada, sin embargo si se observan diferencias en los distritos analizados, percibiéndose en determinados casos, una notable efectividad en las medidas implantadas.
2.Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de persistir en la aplicación de medidas de mejora en la fase preanalitica tal como se viene realizando en nuestro laboratorio, asi como complementarlas con otros parámetros (reuniones, charlas, trípticos, contacto con atención primaria, etc). Asimismo sería recomendable el establecimiento de forma periódica de estudios de prevalencia que nos informe de la situación actual de las incidencias detectadas en la fase preanalitica.

C-543

EFECTIVIDAD DE UN REGISTRO EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Mª MILAGROS PRIETO GUERRERO; ANA Mª GARCÍA SÁNCHEZ; CONCEPCIÓN ROMERO BRIOSO; ANTONIO ERASTO VILLAR ROJA; SERGIO JIMÉNEZ CÁCERES Y Mª DOLORES DE ANCA SALCEDO.
Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras Clave: Prevención Úlceras por Presión

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Formaron parte del estudio tres unidades de medicina interna y la unidad de cuidados críticos. Implicados: grupo de investigación y enfermeras asistenciales de las unidades participantes.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretende actuar sobre la variabilidad en la práctica profesional para llevar a cabo medidas de prevención en úlceras por presión (UPP).El problema se cuantificó a través de la medición de la incidencia y las causas se determinaron en reuniones con el personal asistencial. La implementación de un registro consensuado para la prevención de UPP ha contribuido a incrementar la seguridad clínica del paciente
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se plantea la necesidad modificar el registro de UPP, y de impartir formación a los profesionales. Tanto el grupo de investigación como el personal asistencial de las unidades participantes contribuyeron a la elaboración de un nuevo registro de prevención y cuidados de UPP. La difusión del proyecto se realizó mediante reuniones y actividades de formación con el personal asistencial. En la primera fase se modifica el registro de UPP y se registra la incidencia de UPP durante tres meses y la prevalencia al inicio del periodo. La segunda fase se implementó y monitorizó el nuevo registro de UPP, y se impartieron sesiones de formación. En la tercera fase se recoge la incidencia de UPP y otro corte de prevalencia
Resultados obtenidos.
Se observó una disminución de la incidencia de UPP del 10% al 8%.Así mismo, decrecen las UPP en Estadio II del 8,6% al 7,1% y en Estadio III, del 3,7% al 0,8%. En cuanto a la utilización de las medidas preventivas, destaca un aumento en la aplicación de protecciones del 46,9% al 74,4 %. También se observa diferencia entre el primer y segundo corte de prevalencia, disminuyendo este indicador de un 8,56% al 5,12%.Fue necesario analizar algunos errores en la cumplimentación del registro.
Lecciones aprendidas.
Podemos decir que el registro final y la formación de personal asistencias han contribuido a aumentar la seguridad del paciente, en el sentido de evitar la aparición del efecto adverso, presencia de UPP. También es importante cuantificar este problema para identificar la efectividad de las medidas que ponemos en marcha. Mensaje práctico: el mejor tratamiento de las UPP es la prevención

C-544

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN INTERNIVELES, UN VALOR EN ALZA PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

ORTIZ CABALLERO, CLARA; JIMÉNEZ LÓPEZ, ANA Y BOCANEGRA ROJAS, EMILIA.
HOSPITAL INFANTA ELENA

Palabras Clave: Continuidad, Alta, Enfermería, Continuidad, Cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en el ámbito hospitalario, con la intervención de los servicios de Enfermeras Gestoras de Casos (ECG) y, Jefatura de Bloque de Hospitalización.

Descripción del problema/necesidades.
El hospital contaba con una cultura arraigada en la implementación de Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) al alta, sin embargo esta información, a pesar de haber establecido estrategias previas para ello, no garantizaba un abordaje domiciliario de los pacientes frágiles, con dificultad de acceso al sistema, en las primeras 24-48 horas tras el alta, periodo considerado como de riesgo para su seguridad. Este hecho se hizo patente por la cantidad de información telefonica diaria que se nos demandaba desde AP, a traves de los EGC de primaria, que o no captaban a estos pacientes, lo hacian tarde o por problemas añadidos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se llevó a cabo con la implicación de los ECG de ambos soluciones aportadas níveles de atención, estableciendo estrategias para optimizar los recursos disponibles: telefonía movil, Internet, email, fax, con el fin de canalizar la información y garantizar la recepción de la misma en las primeras 24 horas tras el alta. Para la implantacion del circuito se mantuvieroncontactos previos con los implicados, y tras una reunión informativa general, se estableció un pilotaje con dos ZBS, implantandose el circuito en un mes de manera progresiva hasta darrespuesta a toda el Área de Salud, adscrita al Hospital

Resultados obtenidos.
La informacion se coordinó de manera más efectiva, evitando la demora que suponía el flujo de la misma entre Hospital-Distrito-ZBS, que demoraban el contacto con los pacientes en plazos de 24-48 tras el alta. Los efectos no se hicieron esperar, disminuyendo la solicitud de información telefonica y aumentandose los contactos precoces con los pacientes, tras el alta. Esto ha planteado nuevas necesidades en cuanto a desarrollar de igual modo circuito inverso que garantice el abordaje del paciente fragil en el hospital de manera precoz al ingreso.

Lecciones aprendidas.
La implicación de las enfermeras supone una garantía en la continuidad interniveles, la exploración de alternativas en el día a día junto con el desarrollo de las nuevas tecnologías (TICs), favorece la captación de pacientes, con dificultades para acceder al sistema tras un periodo de hospitalización, facilitando el abordaje de los cuidados domiciliarios con la creación, de circuitos bidireccionales de coordinación. De tener que hacerlo de manera diferente, sería implementando desde el Hospital el módulo de cuidados, de la Historia Digital, Diraya, con el fin de conseguir un mayor cobertura.

C-545

CALIDAD DEL PROCESO “ATENCIÓN AL USUARIO” EN LA FUNDACIÓN PÚBLICA URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA-061 (2007-2008)

CAAMAÑO-MARTÍNEZ MD; MARTÍN-RODRÍGUEZ MD; CAAMAÑO-ARCOS M; GONZÁLEZ-OLVEIRA J Y CEGARRA-GARCÍA MS.
Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

Palabras Clave: Evaluación, Procesos, Resultados, Satisfacción, Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en la F.P.U.S. de Galicia-061, servicio atención al usuario (SAU)/calidad. Período 2007-2008.

Descripción del problema/necesidades.
Analizar la actividad del proceso “Atención al Usuario”, motivos, tendencia de cambio en el tiempo y valorar el cumplimiento de los indicadores de calidad del proceso.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre los registros soluciones aportadas en el aplicativo INCIDE de gestión del SAU entre 2007 y 2008. Se analizaron la tasa de incidencia de las entradas al SAU, usuarios, motivos, respuesta ofrecida, canales y el cumplimiento de indicadores de calidad del proceso.

Resultados obtenidos.
La incidencia de reclamaciones disminuyó en este período de 4,2 a 3,1/ 100.000 habitantes. La de incidencias también lo hizo de 3,8 a 1,4/100.000 h. La incidencia de agradecimientos pasó de 1,55 a 0,54/100.000 h y la de solicitudes se incrementó de 12,6 al 14,5/100.000 h. Los agradecimientos entran en su mayoría por teléfono procedentes del paciente/entorno paciente y de las provincias más pobladas. Las incidencias proceden en su mayoría de personal del 061 97,4 y 99,1%. La mayoría de las reclamaciones entraron por carta 58.1 y 53.5%, procedentes fundamentalmente de profesionales/gerencias de A.P. 31,6 y 40,7% y del entorno del paciente 37,6 y 26,7% respectivamente. Las provincias más reclamantes fueron Pontevedra (37,6 y 20,9%) y A Coruña (38,5 y 53,5%). El motivo más frecuente fue el trato en 2007(40,2%) y el resultado de la atención en 2008(29,1%). El objeto más frecuente la coordinación y servicio global en 2007(50,4 y 22,2%) y coordinación y asistencia de 061(32.6% ambos) en 2008. Aumentaron las reclamaciones derivadas de asistencia y transporte 061 (18,8 a 32,6% y 22,2 a 30,2%) en este período. Reclamaciones graves 2 en 2007 y 1 en 2008. Tiempo de respuesta fue ≤ a 15 días en el 71% en 2007 y 62,8% en 2008. El canal de respuesta más frecuente fue la carta (62 y 68,6%). Se generaron 18 acciones correctivas y 8 formativas. El porcentaje de solicitudes de informes de asistencia con t. de respuesta ≤ 15 días fue de 85% sin variaciones y el de informes a los juzgados con t. respuesta ≤ a 15 días pasó de 90.4 a 80.8%.

Lecciones aprendidas.
La implantación del proceso ha contribuido a una disminución de la tasa de reclamaciones e incidencias del año 2007 al 2008, especialmente las relacionadas con la coordinación. El análisis de registros ha generado acciones de mejora que han repercutido en la mejora de procesos asistenciales y del propio aplicativo INCIDE.
Destacar la necesidad de un responsable con dedicación plena a la atención al usuario.

C-546

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRAS SU INFORMATIZACIÓN

GABRIEL GIL; ANA CAPELLA; MªCRISTINA GARCÍA; CARLES MOYA; ANTONI JUAN Y PERE SERRAT.
Hospital de sant Boi

Palabras Clave: Internvención Farmaceutica

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el servicio de Farmacia de un Hospital General de 117 camas tras la informatización de la unidosis.

Descripción del problema/necesidades.

Desde el año el comité de seguridad del paciente ha realizado estudios problema/ cualitaitivos de las unidosis con resultados de una implantación necesidades correcta en el 60% de las mismas.En Abril de 2008 se implantó un nuevo programa de gestión de Farmacia y se informatizó la prescripción médica. Se ha hecho un seguimiento mensual de la calidad de la prescripción .

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diariamente, el Servicio de Farmacia revisa todas las líneas de medicación. Si se detecta un error o una posible mejora, se propone el cambio por vía electrónica y/o telefónica al facultativo responsable, que es el que finalmente decide aceptar o no la intervención del farmacéutico. De forma periódica se discuten los resultados en el Comité de Seguridad del Paciente y la reunión de jefes de servicio.

Resultados obtenidos.

Desde el 1 de noviembre de 2008 hasta el 30 de abril de 2009, se han revisado 71.595 líneas de prescripción y se han registrado un total de 388 intervenciones aceptadas por el personal médico. Por tanto, el 0,54% de los medicamentos prescritos precisan de una intervención por parte del farmacéutico. Del total de intervenciones, 107 (27,58%) han sido por vía inadecuada de administración, 53 (13,66%) por duración excesiva de tratamiento, 42 (10,82%) por frecuencia de administración errónea, 41 (10,57%) por sobredosificación, 32 (8,25%) por omisión de algún medicamento en el tratamiento, 30 (7,73%) por aplicación de la guía de intercambio terapéutico, 22 (5,67%) por recomendación para la administración segura, 16 (4,12%) por duplicidad terapéutica, 16 (4,12%) por infradosificación, 12 (3,09%) por mantenimiento en el tratamiento de medicación innecesaria, 12 (3,09%) por selección errónea de medicamento, 3 (0,77%) por incumplimiento de algún protocolo intrahospitalario y 2 (0,52%) por detección de alguna alteración analítica debida a algún fármaco. Hasta el momento, no se han hecho intervenciones por alergia a los medicamentos prescritos.

Lecciones aprendidas.

El sistema implantado permite un mejor intercambio de información entre el Servicio de Farmacia y los servicios asistenciales, y corregir on line los errores observados en la prescripción. La detección de errores que se dan en la prescripción de algunos medicamentos de forma sistemática, es importante para planificar actuaciones conjuntas entre la Comisión de Seguridad, el Servicio de Farmacia y los responsables de los servicios médicos implicados, para continuar mejorando la prescripción electrónica.

C-547

MORTALIDAD EN GRDS DE BAJA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LORENZO S; RODRÍGUEZ MUÑOZ MT; CASTILLA V; ORTIGUEIRA JA; GARCÍA SÁNCHEZ FJ Y GONZÁLEZ-ALVAREZ JM.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: MIPSE, Seguridad Clínica, GRD

RESUMEN

Contexto de partida.

Ámbito: hospital público de la Comunidad de Madrid, población de referencia: 264.000 habitantes. Estudio desarrollado por médicos y DUE de la Unidad de Análisis de Información y Calidad y la Comisión de Mortalidad.

Descripción del problema/necesidades.

La seguridad y efectividad son atributos esenciales de la calidad de la asistencia sanitaria, y pueden ser medidas con indicadores elaborados a partir de bases clínico administrativas como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del hospital. El CMBD es una base de datos homogénea para todos los hospitales, que permite realizar comparaciones del centro a lo largo del tiempo y con otros.

A partir del CMBD es posible obtener indicadores de seguridad clínica, como la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Con suestudio periódico puede compararse la evolución de la mortalidad evitable con la real, analizarla y detectar áreas de mejora. A pesar de sus limitaciones (especificidad en el diagnóstico de la causa de muerte y codificación de la historia clínica), resulta un indicador útil que permite el posterior estudio de las causas de MIPSE en cualquier centro.

Objetivo: Valorar la mortalidad en GRDs de baja mortalidad en nuestro centro.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Periodo de estudio: 2007-08.

soluciones aportadas Fuente de información: CMBD.

Estudio retrospectivo realizado utilizando el agrupador de 3M Estación Clínica (versión CIE–9–MC), en el que se incluyeron los GRDs recomendados por los expertos en documento: "Validación de Indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional" (2008) del MSyC.

Definición del indicador: incidencia de muerte intrahospitalaria (cada 100 altas) en GRDs definidos a priori como de baja mortalidad. Numerador: pacientes que pertenecen a dichos GRDs cuya alta es exitus. Denominador: pacientes mayores de 17 años que tienen un alta en GRDs de baja mortalidad (a priori inferior al 5%). Criterios de exclusión: pacientes traumatológicos, inmunocomprometidos o con cáncer.

Resultados obtenidos.

Se diseñó una consulta con el programa utilizado, realizándose el estudio sobre las 39.263 altas correspondientes a 2007 (19.506) y 2008 (19.757) que cumplían los criterios de inclusión. No se ha identificado ningún caso de MIPSE en los dos años estudiados.

Lecciones aprendidas.

A pesar de las limitaciones comentadas para el estudio de la mortalidad evitable a partir del CMBD, y del escaso número de MIPSE identificadas en la literatura en hospitales de tamaño similar. MIPSE es un indicador útil y sencillo para la gestión de la calidad de los hospitales y su estudio periódico permite utilizarlo como indicador centinela.

C-548

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO ACERCA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SALA DE OPERACIONES

GARCÍA-OREA ÁLVAREZ, M.; BENÍTEZ RUIZ, L; GÓMEZ FERNÁNDEZ, C.; SIERRA CAMERINO,R. Y GARCÍA CAMACHO,C.
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Segurirdad, Comunicación, Equipo, Verificación

RESUMEN

Contexto de partida.
Un área quirúrgica (Tocoginecología, Cirugía Cardiaca y Vascular) de un hospital de referencia, implicando a personal de enfermería y médico.

Descripción del problema/necesidades.
La seguridad es un componente clave de la calidad y un derecho del paciente. El sector Salud es un área de riesgo relacionado con la atención y tratamiento recibidos los cuales, en determinadas circunstancias, pueden ocasionar sufrimiento, complicaciones o incluso la muerte. Se mejoró la seguridad de los pacientes, se aumentó la calidad de los cuidados y de la asistencia y se incrementó la eficiencia del sistema, GARCÍAs al conocecimiento de la percepción de losprofesionales del Área Quirúrgica sobre aspectos básicos de seguridad de los pacientes atendidos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño: Encuesta transversal (mayo 2008). Ámbito: Área Quirúrgica de un hospital universitario de referencia. Sujetos: Médicos yenfermería del Área Quirúrgica.

Resultados obtenidos.
43 profesionales cumplimentaron la encuesta. Contestaron el 83% del personal de enfermería (PE), y el 70% del médico (PM). Principales respuestas a las preguntas de: 1)¿Crees que nuestros procedimientos y medios en el trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia?, el 53% del PE creía que sí y el 39% del PM que no. 2)¿Crees que en esta unidad hay problemas con la seguridad del paciente?, el 66,5% del PE creía que no y el 32% PM creía que sí. 3)¿Crees que hay buena cooperación entre las unidades o servicios que trabajan de forma común?, el 60% del PE y el 53,6% PM creían que sí. 4)¿Cómo crees que es el grado de seguridad del paciente de tu unidad?, para el 52% del PE era alto y para el 68% del PM normal. 5)¿Se les informa de los errores que ocurren en su unidad?, el 26% del PE y el 21% del PM pensaban que no. 6)¿Se discute en la unidad la manera de evitar que un error vuelva a ocurrir?, el 26% del PE creía que sí y el 31% del PM que no.

Lecciones aprendidas.
La mayoría del personal del área quirúrgica opina que el grado de seguridad del paciente es aceptable y que se trabaja en equipo pero es evidente que existen problemas de comunicación entre sus miembros. Una vez detectados dichos problemas se motivó al personal para el uso de las hojas de notificaciones de eventos adversos y la comunicación de dichos sucesos al equipo medico-quirúrgico así como la instauración de la hoja de verificación quirúrgica.

C-549

ESTUDIO DE RETINOGRAFÍAS EN DIABÉTICOS TIPO II EN A.P.

SALGADO GIL, M.R E IGLESIAS BONILLA, P.
UGC BELLAVISTA

Palabras Clave: Retinografia, Cribado, Diabetes Tipo II

RESUMEN

Contexto de partida.
Centro de Salud Bellavista, Atención primaria de Salud. Implicación de médicos de familia, enfermeras de familia y oftalmólogo de referencia.

Descripción del problema/necesidades.
La prevalencia de la diabetes mellitus en los países desarrollados se sitúa en torno al 6-8% de la población. Una de las complicaciones más temidas de esta enfermedad es la retinopatía diabética (RD), cuyas consecuencias para la visión pueden ser devastadoras. La RD se caracteriza clínicamente por no causar síntomas visuales en su evolución inicial, y porque cuando los síntomas aparecen, es generalmente tarde para un abordaje adecuado por lo que se hace necesario un diagnostico precoz. Se pretende conseguir un mejor pronóstico en los pacientes con diabetes respecto a secuelas y calidad de vida.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El estudio se realizó sobre 1212 imágenes de 202 pacientes diabéticos tipo II del Centro de Salud de Bellavista, no diagnosticados ni tratados previamente de retinopatía diabética. Las imágenes fueron obtenidas con un Retinografo no Midriático TOPCON modelo TRC NW2000. El proceso de adiestramiento del medico de familia incluyó 20 horas de sesiones tutorizadas por un oftalmólogo del Hospital Virgen del Rocío. Las dudas del diagnostico se enviaban por aplicación web al servicio de referencia. Los pacientes incluidos dieron su consentimiento informado a la participación en el estudio.

Resultados obtenidos.
Una vez interpretadas, se transfieren a oftalmología las pruebas con algún signo de RD así como aquellas que generen dudas. Para la valoración de la concordancia, se utilizo el índice Kappa. Las retinografïas informadas por AP.: fueron 202, confirmadas o no por oftalmología fueron 41 casos, y 77 clasificados como positivos por el medico de familia: con un 53% de valor predictivo positivo; en un total de 17.8% de falsos positivos.

Lecciones aprendidas.
A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir que existe un sobrediagnóstico ya que se derivan casos dudosos como retinopatías y que es preciso mejorar la competencia del medico de familia en este campo. Se aconseja, por tanto, la actualización de los profesionales a través de programas específicos de capacitación y una medición posterior de los casos, una vez implementada la mejora. Como mensaje práctico, deberíamos realizar determinaciones de concordancia para estimar nuestra capacidad diagnóstica, y nuestra precisión al clasificar.

C-550

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA EN TELEDERMATOLOGÍA EN LA UGC BELLAVISTA

RUBIO LARA, E E IGLESIAS BONILLA, P.
UGC Bellavista

Palabras Clave: Telemedicina, concordancia, dermatología

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio realizado en centro de salud urbano, en colaboración con el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío (atención primaria-hospital).
Participan en el estudio médicos de atención primaria y dermatólogo.

Descripción del problema/necesidades.

La detección precoz de las lesiones malignas de piel es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes. El programa de teledermatología pretende aportar agilidad en el manejo de las lesiones neoplásicas. Este trabajo mide la concordancia diagnóstica y por tanto la efectividad del programa en la UGC Bellavista. Las consecuencias para los pacientes fueron evidentes en cuanto a la detección precoz, su seguridad y la intervención quirúrgica cuando estuvo indicada. Se analiza la capacidad diagnóstica del referente del centro para la correcta clasificación de las lesiones mediante estudio de concordancia.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Los profesionales derivan las sospechas de neoplasias de piel al referente, quien establece el nivel de riesgo y envía la imagen digitalizada al dermatólogo. En reunión de equipo se informa del desarrollo del estudio de concordancia en el seno del programa. Fases: 1. recogida de casos; 2. mecanización; 3. análisis de concordancia; 4. redacción y difusión de resultados.

Resultados obtenidos.

Se obtiene una elevada concordancia diagnóstica en las lesiones enviadas (coeficiente kappa 0,74) La formación del referente asegura una detección precoz y manejo rápido del cáncer de piel en la UGC.

Lecciones aprendidas.

La importancia de la implantación de sistemas de comunicación virtual entre niveles asistenciales. Estudios futuros podrían comprender lesiones no neoplásicas para el análisis de concordancia.

C-551

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LONDRES EN EL ANÁLISIS DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS: UN CASO PRÁCTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAÑADA DORADO, A* ; ARNAL SELFA, R; GARCÍA FERRADAL, I; SANZ-VÍRSEDA DE LA FUENTE ; VILLAMOR BORREGO, M Y CARDENAS VALLADOLID, J.
Gerencia AP. Unidad de Calidad

Palabras Clave: Seguridad, Análisis, Incidentes Clínicos. Vacuna Vph

RESUMEN

Contexto de partida.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGRS) del Área de Salud integrada por el responsable de calidad, director médico y famacéutica, decide utilizar el Protocolo de Londres para investigar y analizar incidentes clínicos relevantes.

Descripción del problema/necesidades.

Según la evidencia, el Protocolo de Londres es una de las herramientas problema/ de gestión de riesgos más útiles para analizar incidentes; sus necesidades principales ventajas son: que normalmente no hay una única causa raíz sino varios factores contribuyentes, es una herramienta muy estructurada que permite investigaciones profundas, pero a la vez rápidas y sencillas de 5 a 10 minutos dependiendo de la gravedad del incidente y el proceso puede ser realizado por un individuo o por un grupo. Desde la UFGRS, decidimos utilizar éste protocolo para analizar un incidente relacionado con la administración de la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) en un centro de salud.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1º Identificación del incidente y decisión de investigarlo: soluciones aportadas Administración de la vacuna VPH perteneciente al lote inmovilizado por las autoridades sanitarias, correspondiente al aplicado a las dos niñas de Valencia. Se investiga por la gravedad del error, aunque no produjo daños 2º Selección equipo investigador 3º Obtención de información, 4º Se determinó cronología 5º Identificación de acciones inseguras 6ª Identificación factores contribuyentes, por parte del paciente: no cumplía criterio de inclusión, traía la vacuna adquirida en oficina de farmacia. Profesional: no tenía información del comunicado recibido. Equipo de trabajo: sólo controló las vacunas que tenían en el centro, difusión limitada del comunicado. Factores ambientales: los sucesos de Valencia,el envío del comunicado y el incidente se desarrollaron en 24 h. Tareas y factores tecnológicos: no existía subproceso referente a administración de vacunas no incluidas en calendario. Factores organizativos: no existía en el centro de salud un circuito protocolizado de difusión de alertas y comunicados urgentes.
7º Plan de acción.

Resultados obtenidos.

Se pusieron en marcha las siguientes acciones correctoras: creación de un grupo para elaborar el subproceso de vacunas no incluidas en calendario e implantación del mismo en todos los centros de salud; elaboración de circuito en la gerencia y en los centros de salud, de difusión de alertas y comunicados urgentes.

Lecciones aprendidas.

La aplicación del protocolo nos ha resultado útil y fácil de usar, pudiendo realizar un análisis profundo, con un método muy sistematizado, facilitándonos igualmente la puesta en marcha de acciones de mejora.

C-552

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ESTRATEGIA "CONTROL" EN DIABETES Y ENFERMEDAD VASCULAR EN ADULTOS HOSPITALIZADOS

MARÍN GÁMEZ N.; DÍEZ FELIPE; KESSEL-SARDIÑAS H.; PEÑAFIEL J; MORENO C. Y ANTÓN F. CH TORRECÁRDENAS

Palabras Clave: Control Intensivo, Diabéticos, Riesgo/ Beneficio.

RESUMEN

Contexto de partida.

Almería, dicc-08 a 14 de may-09. Proyecto iniciado en el CHT. SSPA: hospitales-distritos.Consejería Andaluza de Servicios Sociales/Diputación Provincial: residencias asistidas de mayores. Hospitales: Poniente, Huércal Overa y Torrecárdenas. Los Distritos de Primaria Residencia Mayores:de la Consejería de Asuntos Sociales; de la Diputación y Ayuntamiento. Especialidades representadas: medicina interna, geriatría comunitaria, institucional y hospitalaria; endocrinología, Dietética y nutrición; MFyCo, salud mental. Dues UGCMI.

Descripción del problema/necesidades.

Seguridad de la estrategia "control en diabetes tipo II y enfermedad problema/ vascular con pacientes adultos comunitarios y hospitalizados". necesidades disminución de la variabilidad en las prácticas de insulinización y control metabólico. Análisis mediante evaluación de la evidencia publicada disponible; una tormenta de ideas, y una sesión destinada a centrar la propuesta. la diabetes: principal problema de salud asociado a enfermedad cardiovascular en sociedades occidentales en ámbito comunitario;problema clínico presente entre el 15-25% de los hospitalizados y hasta el 50% de los residentes mayores institucionalizados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1. Propuesta inicial, previamente consensuada entre medicina y endocrinología, CHT, otoño-invierno 2008/9 dirigida al tratamiento del diabético hospitalizado –anexo 1. 2. Discusión entre FEAs y DUEs y consenso reflejado en documento. Feb 2009. 3. "Round table" final entre 38 profesionales representantes de los entornos Comunitario y Hospitalario. Mayo-09

Resultados obtenidos.

Implantación de una guía práctica consensuada sobre insulinización, eficaz y razonablemente segura. Disminución del uso de estrategias fortuitas como "pendiente deslizante" e "insulina según pauta"; de "la trepanofilia" (6-8 punciones digitales o sc al día), del consumo de recurso DUE (tiras, agujas, medidores, tiempo, registros, variabilidad). Refuerzo del rol enfermero (ajustes con criterio DUE sobre guía compartida). Lograr una disminución de los episodios de hipoglucemia clínicamante significativos. Los aspectos relacionados con la seguridad para los pacientes es un esfuerzo en responsabilidad social del equipo clínico.

Lecciones aprendidas.

Concepto "hiperglucemia permisible". Implantación de la estrategia "bolo basal" + ajustes. Importancia de los factores contrarreguladores durante la hospitalización que dificultan el control (efecto esteroide, efecto SRIS). Las dosis planificadas al alta no suelen responder a la necesidad del anciano residente en su entorno. Enfatizar la nutriciòn y la personalización en la estrategia terapéutica.

C-553

HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: HOJA DE REVISIÓN DE BOTIQUINES DOMICILIARIOS

ROMERO GONZÁLEZ JOSÉ MARÍA; ATIENZA MARTÍN, FRANCISCO JAVIER; SERRANO ROMERO, MARÍA ÁNGELES; VERDE SEVILLA, PEDRO; ÁLVAREZ PIZARRO, MARÍA JESÚS Y SÁNCHEZ BALLESTEROS, GEMA.
C.S. ADORATRICES (HUELVA)

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

Centro de Salud de ámbito urbano con 796 pacientes en atención domiciliaria. Revisión del botiquín de estos pacientes por las enfermeras responsables. Revisión del tratamiento de manera compartida por médicos y enfermeras.

Descripción del problema/necesidades.

Los pacientes domiciliarios son, con frecuencia, pluripatológicos y reciben polimedicación. La administración de medicamentos corre a cargo de cuidadores de manera habitual. Con frecuencia se detectan problemas de fármacos repetidos, interacciones, medicación sin indicación precisa, incumplimiento terapeútico y existencia de fármacos caducados. Por ello la revisión del botiquín domiciliario, constituye un elemento clave en la estrategia de seguridad de estos pacientes. Sin embargo al implementar esta intervención observamos que no se disponía de un procedimiento claro para realizarla, lo que contribuyó a una gran variabilidad en el modo de realizarla. Asimismo no se podía evaluar la intervención salvo en el aspecto de cobertura.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Al revisar la intervención de 2008 observamos la variabilidad en el procedimiento y la imposibilidad de medir resultados por lo que nos planteamos realizar un plan de mejora de esta intervención. Se reunió un grupo de mejora constituido por médicos, enfermeras y trabajadora social, decidiendo que la intervención de mejora más prioritaria era la realización de una hoja de revisión de botiquines domiciliarios que unificar los procedimientos y permitiera la evaluación. Se realizó revisión bibliográfica del tema y se elaboró una hoja de revisión en formato papel con el siguiente contenido:

- Datos de filiación del paciente y del profesional que realiza la intervención
- Tipología del paciente y cuidadora
- Fármacos prescritos en la historia del paciente
- Fármacos presentes en el botiquín domiciliario
- Evaluación de la existencia de fármacos prescritos, cumplimiento (test de Haynes-Sackett) y caducidad de los medicamentos
- Orden y conservación del botiquín
- Presencia de pastilleros o dispositivos de ayuda
- Conocimiento de técnicas de administración de fármacos especiales (inhaladores, insulina...)
- Intervenciones post-revisión (educación, adecuación de tratamiento, recomendación de dispositivos)
- Fijar la frecuencia de revisión

Resultados obtenidos.

La hoja ha sido muy bien aceptada por los profesionales. Tras 2 meses de uso se han realizado unas 200 revisiones, con una clara disminución de la variabilidad. La evaluación de resultados está prevista para los 6 meses de uso

Lecciones aprendidas.

Las intervenciones deben tener bien definidos los precedimientos y los criterios de evaluación

C-554

INDIVIDUALIZACIÓN DE TERAPIA ANTITUBERCULOSA PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

FERNÁNDEZ MARTÍN, JM; VERDEJO RECHE, F; MORALES MOLINA, JA; CANTO MANGANA, J*; MARTÍNEZ PLATA, JE Y ACOSTA ROBLES, P.
EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Terapia Antituberculosa, Individualización de Dosis, Seguridad, Cumplimiento

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital de Poniente, desde el Área de Farmacia en colaboración con Atención Primaria, se individualiza la terapia antituberculosa para su administración vía oral a pacientes pediátricos.
Descripción del problema/necesidades.
Se evaluó la elaboración y dispensación de los medicamentos individualizados para su administración oral en este grupo de pacientes, para facilitar cumplimiento y garantizar su calidad y seguridad
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio retrospectivo de elaboración medicación antituberculosa soluciones aportadas durante enero 2008-mayo 2009 en un hospital comarcal con elevada población inmigrante. Los pacientes se estratificaron en: Quimioprofilaxis 1ª (QPFX 1ª):niños con contactos directos sin clínica, R-X normal y mantoux -, recibiendo suspensiones de isoniacida (H) a dosis de 10 mg/kg/día durante 2-3 meses (o hasta 2º mantoux -); Quimioprofilaxis 2ª o tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) con mantoux + y R-X normal, en tratamiento con H a 10 mg/kg/día durante 9 meses o rifampicina (R) 10 mg/kg/día + H 10 mg/kg/día durante 3 meses; Tratamiento de la enfermedad tuberculosa (TET):niños con mantoux +, R-X anormal y clínica, en tratamiento con H 10 mg/kg/día + R 10 mg/kg/día + pirazinamida (Z)15 mg/kg/día + etambutol (E) 15 mg/kg/día durante 2 meses seguidos de H 10mg/kg/día + R 10 mg/kg/día durante 4 meses. Partiendo de principios activos se elaboraron suspensiones para tres semanas de H 50 mg/50 ml y para un mes de Z 50 mg/50 ml y E 50 mg/50 ml (R suspensión se administró como suspensión comercial), según RD 175/2001. En los casos donde existía barrera idiomática importante y donde el niño es fuente infectiva activa (TET), se dispensó la medicación en jeringas monodosis para facilitar la administración.
Resultados obtenidos.
Se preparó medicación para un total de 33 niños. Distribución por diagnóstico y formas farmacéuticas: 14 niños con QPFX 1ª todos con suspensiones de 50 ml, 3 con TITL, de los cuales 1 se dispensó en suspensión y 2 en jeringas monodosis y 16 con TET, de los cuales 9 fueron suspensiones y 7 jeringas. Se elaboraron 313 suspensiones y 1049 jeringas en total, distribuidas según principio activo: H: 216 suspensiones y 684 jeringas, Z:61 suspensiones y 214 jeringas, E:36 suspensiones y 151 jeringas, R:71 jeringas.
Lecciones aprendidas.
La colaboración del Área de Farmacia en la elaboración y dispensación de medicación antituberculosa con el equipo de Atención Primaria permite la adecuación del tratamiento a niños con problemática social, y constituye una apuesta por la calidad y seguridad en la administración del tratamiento tuberculostático en pacientes pediátricos.

C-555

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA HIGIENE DE MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARTÍN MADRAZO, C.; CAÑADA DORADO A.; ABANADES HERRANZ JC.; SALINERO FORT M. Y DE BURGOS LUNAR C.
Gerencia AP. Unidad de Calidad

Palabras Clave: Higiene de Manos, Cumplimiento, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Proyecto de investigación financiado por el FIS desarrollándose en un Área de Atención Primaria (AP) e impulsado desde la Unidad de Investigación y la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos.
Descripción del problema/necesidades.
La higiene de manos (HM) es la medida más eficaz para el control de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, no existiendo ningun estudio de éstas características en el medio comunitario; éste sería el primero sobre HM en AP.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El Objetivo es evaluar el efecto de un programa formativo sobre HM para reducir infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y conocer los factores relacionados con la no realización de ésta práctica Es un diseño experimental,de grupos paralelos, con grupo control y asignación aleatoria de la intervención por centros de salud.Multicentrico. Sujetos:médicos,odontoestomatólogos pediatras,enfermeras,matronas,higienistas dentales y auxiliares de enfermería. El proyecto se ha iniciado en 2009. Se han realizado las siguientes acciones: selección de la muestra polietapica: primero muestreo aleatorio de 5 centros y después aleatorio de 100 profesionales. Formación y validación del observador mediante pilotaje para evaluar el grado de concordancia entre un experto y el observador.Observaciones de los profesionales, los cuales desconocen la actividad en la que son observados.
Resultados obtenidos.
140 profesionales dieron su consentimiento para ser observados y se han realizado 1400 observaciones. El % de cumplimiento medio ha sido del 8,29%, variando según el tipo de indicación, siendo la de “después del contacto con el paciente” la de mayor cumplimiento: 45,7% y la de “después del contacto con el entorno” la de menor: 5,2%. El 58% de los profesionales tuvieron un cumplimiento del 0%; el 23% del 10%; el 8,6% del 20% ;el 5,7% del 30%; el 1,4% del 40%; el 2% del 50%; el 0,7% del 60% y el 0,7 del 70%.El cumplimiento medio por profesionales fué: pediatras 1,17%, enfermeras 0,88%, médicos 0,79%, auxiliar enfermería 0,20%, odontólogos 0,20% higienistas dentales 1,0%, matronas 0%. Se ha realizado un ANOVA no encontrandose significación entre cumplimiento y tipo de profesión;cumplimiento y tipo de contrato y cumplimiento y años trabajados.
Lecciones aprendidas.
Los resultados preliminares nos confirman el alto porcentaje de incumplimiento entre los profesionales sanitarios de AP, siendo los pediatras los que tiene una mayor adherencia. El grado de cumplimiento de la indicación “después del contacto con el paciente” es el mayor, bien porque el profesional percibe el riesgo de transmisión potencial o porque su actitud sea la de protegerse.

C-556

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE HOSPITALARIO

ANTONIO CÁNOVAS SERRANO; JUAN ANTONIO LÓPEZ GARCÍA; CESAR PÉREZ SOLER Y ISABEL GARCÍA ARSAC.
Área IV de Salud de la Región de Murcia

Palabras Clave: Sistemas de Identificación de Pacientes, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde la Gerencia del Área IV de Salud de la Región de Murcia.

Descripción del problema/necesidades.
Nos hacemos conscientes de: • Que durante su ingreso el paciente es sometido a decisiones e intervenciones clínicas, y los fallos en su identificación puede inducir a errores que causan problemas y complicaciones. • Que la identificación inequívoca del paciente mediante brazalete aporta importantes garantías en la minimización de errores asistenciales, e incrementa la seguridad en la práctica clínica.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Nos planteamos identificar inequívocamente a todos los pacientes ingresados o que son intervenidos en la Unidad de CMA del Hospital del Noroeste y garantizar el mantenimiento del paciente suficientemente identificado durante todo el periodo de permanencia en el Hospital.
Para ello se diseñó e implementó una formación dirigida a Administrativos de Admisión y Enfermeras de Hospitalización referente a: • Protocolo común de filiación de pacientes. • Procedimiento para la identificación inequívoca del paciente en los Hospitales de la red pública de la Región de Murcia. Se adquirieren brazaletes e impresoras adecuadas. Se celebran reuniones de consenso entre Dirección Medica, Dirección de Enfermería para: • Definir circuito de acceso de pacientes para cada motivo y modalidad de ingreso • Concretar requisitos que debe cumplir un protocolo de actuación multidisciplinar Se elabora y difunde Protocolo interno de actuación, dirigido al Personal de Enfermería de las Unidades de Hospitalización y Personal del Área de Admisión.

Resultados obtenidos.
A los tres meses de implantarse el Protocolo Interno se realizó una evaluación, obteniendo los siguientes resultados:
1.-Pacientes identificados con brazaletes. 87% 2.- Pacientes con brazalete en sitio visible. 100% 3.-Pacientes con brazalete no deteriorado. 99% 4.-Pacientes con brazalete correcto. 99%

Lecciones aprendidas.
Con la implantación del Protocolo se consigue un nivel de cumplimiento aceptable de la identificación del paciente al ingreso, además del mantenimiento de de las condiciones mínimas que garantizan la calidad identificativa hasta que el paciente abandona el Centro hospitalario.

C-557

CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL ¿PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES?

Mª SOLEDAD GIL GABARRÓN; Mª DEL CARMEN GAGO GÓMEZ; Mª ELENA ARRANZ DE ANDRÉS; Mª PAZ LILLO RUBIO; Mª DEL MAR ANDRÉS VÁZQUEZ Y MERCEDES PAGE HIGUERAS.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: Anticoagulante Oral, Paciente, Educación Sanitaria, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
Realizamos un estudio transversal observacional en la consulta de enfermería de anticoagulación oral (TAO) de la unidad de extracciones de un hospital de tercer nivel del sistema público, en el que participaron todas las enfermeras.

Descripción del problema/necesidades.
1.-Valorar el nivel de conocimientos (NC) de los pacientes sobre el problema/ TAO tras recibir educación para la salud (EDPS) impartida por necesidades enfermería al inicio del tratamiento.
2.-Identificar grupos de población con déficit de conocimientos y los factores asociados al mismo, para mejorar la calidad asistencial dada a los pacientes de TAO.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Mediante la realización de una encuesta formada por 12 preguntas cerradas con tres opciones de respuesta y dos preguntas abiertas. La encuesta se distribuyó durante 2 meses a los pacientes que acudieron a control de TAO. Todos los pacientes recibieron previamente EDPS sobre el TAO en la consulta de enfermería. Los pacientes con menos de un mes en tratamiento fueron excluídos. Los datos se recogieron en una base de datos de Access. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico EPI Info.

Resultados obtenidos.
Se recogieron 991 encuestas válidas. La edad media fue 66,8 años (52% varones). Tiempo medio en TAO: 2243+/-123 días. Las indicaciones más frecuentes de TAO fueron: fibrilación auricular (FA): 40% y prótesis metálica 29,6 %. El porcentaje de respuestas correctas fue del 80%. El nivel de conocimientos (%) se relacionó con: 1.Sexo: hombres 10,5+/-2 vs 10,2+/-2.05 mujeres (p<0,02). 2.Nivel de estudios: primarios 79,7+/-15,9 vs superiores 85,9+/-10,5 puntos (p<0,000). 3.Edad en tertiles: primer tertil (< 63 años) 84,9+/-12,2 vs tercer tertil (>73 años)76,8+/-16 puntos (p<0,000).
4. Indicación de anticoagulación: prótesis metálica 80+/-15,4, FA 77+/-17,2, trombosis venosa profunda (TVP) 82+/- 14,9 (p<0,000). La edad de los pacientes con FA fue mayor: 72,2+/-8,8 años vs prótesis 65,3+/-10 vs TVP 55+/-17,5 (p< 0,000). El nivel de conocimientos no se asoció al tiempo en TAO. El estudio de regresión lineal muestra asociación entre sexo, edad, nivel de estudios y conocimientos (p< 000);(R 0,24).

Lecciones aprendidas.
1. Los conocimientos que tienen sobre su tratamiento los pacientes con anticoagulación oral son elevados. 2 Los pacientes de sexo femenino, mayor edad y con menor nivel de estudios, requieren una EDPS individualizada
3. La EDPS en consulta de enfermería se organizará con pacientes de edad y necesidades similares, con el fin de mejorar la información, el nivel de conocimientos y la calidad asistencial.

C-558

ÚLCERAS POR PRESIÓN: PRIORIDAD PARA UNOS CUIDADOS SEGUROS

TURRADO MUÑOZ MA.; DE LA TORRE BARBERO MJ. Y MORENO NOCI M.. H.U.Reina Sofía

Palabras Clave: Úlceras por Presión, Cuidados Enfermeros, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
La Comisión de Úlceras por Presión (UPP) del Hospital Universitario Reina Sofía, es dependiente de la dirección de enfermería y está formada por enfermeras y mandos intermedios, expertos en el manejo de UPP.

Descripción del problema/necesidades.
El punto de partida del proyecto, fueron los resultados obtenidos en el estudio de prevalencia realizado en nuestro hospital en el año 2008. Por el análisis de los datos del estudio, se vio la necesidad de crear una comisión que liderara las acciones a realizar durante el presente año 2009.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se esta desarrollando a través de la comisión de UPP. Existe un cronograma de actuación para cada uno de los objetivos propuestos para este año. Se está llevando a cabo un plan de difusión, liderado por los miembros de la comisión.

Resultados obtenidos.
- Difusión de la Guia de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las UPP - Implantación del procedimiento de asignación de superficies especiales de manejo de la presión (SEMP). - Unificación de criterios del diagnóstico de “Deterioro de la movilidad física”.
- Estudio de incidencias de UPP en unidades con alta prevalencia. Antes de la realización del estudio se elaboró el cuaderno de campo para la recogida de datos, unificada en todas las unidades. - Estudio de prevalencia de UPP en todo el complejo hospitalario. - Estudio de los apósitos existentes en el hospital, para su unificación en el tratamiento de UPP.

Lecciones aprendidas.
Hemos constatado que trabajar a través de una Comisión específica de UPP, formadas por profesionales expertos en UPP, y con unas acciones de mejora planificadas, esta contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente, proporcionando unos cuidados más seguros, disminuyendo la incidencia de daños accidentales y evitando la variabilidad clínica, a la vez que fomentan la participación del personal de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, aunando esfuerzos en la consecución de los objetivos previstos.

C-559

MEJORA EN LA PREVALENCIA DEL DOLOR EN UN HOSPITAL COMARCAL.

MARIBEL VARGAS; PERE ESTIVILL; FRANCESCA CLOSA; MARIA CARMEN SIRVENT; MARIA CRISTINA GARCÍA Y MARTA ROSELL.
Hospital de sant Boi

Palabras Clave: Mejora del dolor

RESUMEN

Contexto de partida.
Este estudio se ha realizó en un Hospital General de 117 camas con dos estudios de incidencia de dolor global en reposo y en movimiento. Lo ha realizado el comité de dolor formado por médicos especialistas en traumatología , anestesiología ,farmacia y diplomadas de enfermería de la unidad de reanimación postquirúrgica y enfermería de hospitalización.

Descripción del problema/necesidades.
En los años anteriores la incidencia de pacientes con EVA inferior a 3 problema/ era superior al 80 % pero al analizar el tipo de paciente : los pacientes necesidades posquirúrgicos tenían una incidencia superior al 85 % y los pacientes
con patología médica el porcentage no llegaba al 70 %.
Este año se ha trabajado en dos líneas : elaboración y aplicación de la
Guia de Analgesia Básica para todos los pacientes del centro y la introducción de las bombas de perfusión continua de analgesia.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El comité de dolor antes descrito ha trabajado en la implantación de la guia de analgesia básica con difusión en sesiones formativas i en la intranet. Este año 2008 en Abril se implanta el programa de unidosis informatizada con aplicación de protocolos de analgesia según patología y escala EVA del dolor . Se han introducido las bombas de infusión continua via peridural de analgesia en las plantas de hospitalización hasta pasadas las primeras 48 horas posoperatorio.

Resultados obtenidos.
En los dos cortes de incidencia del dolor se han analizado 234 pacientes con una incidiencia de 88.5 % con EVA inferior a 3 en dolor posquirúrgico, un 86 % con EVA inferior a 3 en pacientes no posquirúrgicos. Se ha analizado en dolor en movimiento como novedad este año y con una incidencia de 75 % .

Lecciones aprendidas.
Los pacientes con EVA más elevado (4%) corresponden a los servicios de medicina interna y neumología y se incorpora un facultativo especialista en medicina interna en el grupo de dolor para mejor difusión de las guias de dolor ya implantadas. La implantación de las bombas infusión continua a demanda del paciente ha disminuido la incidencia del dolor y la necesidad de medicación de rescate. La escala EVA está como una constante más en la gráfica de enfermería , esto ha permitido una detección más rápida y objetiva del grado de dolor y administración de la analgesia más rápida .

C-560

TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ISO22000:2005

MOLERO PÉREZ B*; SALICIO BERMEJO MY; MARTÍN NAVASCUÉS F; IRURZUN MORAN A; LARRACHE ARRECHEA B Y GALINDO MARTÍNEZ R.
HOSPITAL BIDASOA

Palabras Clave: Trabajando Por La Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

El Servicio de Restauración del Hospital Bidasoa siempre ha trabajado para garantizar la seguridad alimentaria en dietas y/o productos suministrados.

Descripción del problema/necesidades.

Desarrollar un Sistema de Gestión de la Inocuidad de los Alimentos para trabajar por la Seguridad del paciente

Desarrollo y soluciones aportadas.

Nuestro Sistema de Gestión de la Inocuidad de los Alimentos está soluciones aportadas fundamentado en nuestro Sistema de Autocontrol.

2 apartados esenciales: •Sistema APPCC •Planes de Apoyo (Prerrequisitos) Sistema APPCC basado en la identificación, valoración y control de peligros microbiológicos, químicos y físicos para garantizar que los alimentos sean seguros al consumirlos.

Definición de Diagramas de Flujo desde recepción de materia prima hasta entrega de dieta.

Análisis de peligros por etapa.

Establecer Acciones Preventivas (AAPP) Identificación Puntos de Control Críticos (PCC) Establecimiento de límites críticos para cada PCC Sistema de Vigilancia de PCC Establecer Acciones Correctivas (AACC) Planes de Apoyo:Aquellos procedimientos necesarios para la realización de productos inocuos: Plan de limpieza y desinfección: correcta limpieza y desinfección del material de cocina y equipos e instalaciones.

Guía de buenas prácticas de manipulación Plan de desratización, desinfección y desinsectación Control de Alérgenos según procedimiento “menús para intolerancias y alergias” Control de proveedores Planificación de la producción:planificar los productos a elaborar según procedimiento “menús para intolerancias y alergias”.

Trazabilidad y recuperación:reconstrucción del historial del alimento.

Diseño y Mantenimiento de instalaciones y equipos

Resultados obtenidos.

En 2007 se implantó un Sistema de Gestión de la Inocuidad de los Alimentos basado en la norma ISO 22000:2005. Hemos sido la primera organización sanitaria en implantar esta certificación

Lecciones aprendidas.

Nos permite estar preparados ante una posible intoxicación alimentaria, detectando la procedencia y toda la producción afectada.Al asegurar la trazabilidad tenemos un control “aguas arriba”

“aguas abajo”.Al tener implantado este Sistema en un Centro mayor es su capacidad preventiva y correctiva en Seguridad Alimentaria Nos ha permitido crear una filosofía de trabajo, estableciendo una fuerte ligazón entre el trabajo realizado y el beneficio ocasionado El ser un Centro pionero en Seguridad Alimentaria ha supuesto un reforzamiento en la cadena de motivación del personal implicado En el Hospital la inocuidad de los alimentos es una parte integrante e indivisible dentro del concepto de seguridad del paciente

C-561

IMPLEMENTACIÓN DE UN “NAVEGADOR” PARA LA LOCALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE FARMACIA

GALLEGO PERAGÓN A.; MORENO VILLAR A.; NACLE LÓPEZ I. Y RUIZ-RICO RUIZ-MORÓN T..
HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ

Palabras Clave: Medicamento, Seguridad, Almacenamiento

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto realizado por el supervisor y farmacéuticas de la UGC de Farmacia, en un hospital comarcal general de 223 camas.

Descripción del problema/necesidades.

Los organismos que emiten recomendaciones para reducir los errores de medicación proponen asegurar la disponibilidad continuada de asistencia farmacéutica 24 horas. En los hospitales comarcales esto no es posible y se suple con el supervisor (17 cargos intermedios en turnos de guardia). Esto entraña dificultades: falta de conocimiento de la situación del medicamento y desconocimiento de la Unidad. En el programa de mejora contínua de la calidad se identificó como punto crítico, la localización por los supervisores de los fármacos para su dispensación fuera del horario de la Unidad recogidas en los partes.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto consta de dos partes: 1- Informática:1.a. Base de datos en Access con todas las especialidades farmacéuticas, sueros y productos de nutrición disponibles. 1.b. Plano localizador creado en Excel, dónde se representa de manera esquemática toda la Unidad: almacén (zona general, cámara frigorífica, etc), zona de dispensación (kardex, externos, etc), área estéril junto con laboratorio de Formulación Magistral. 2-Logística: Se revisan las identificaciones de todas las presentaciones disponibles (etiquetas imantadas recogen: principio activo, presentación, código nacional y de barras). Se instala cartelería con la distribución alfabética y zonas diferenciadas. Las estanterías están numeradas de forma correlativa. Las estanterías están numeradas de forma correlativa. Se presenta en reunión a los supervisores. Fase piloto abril de 2009, implantación en junio de 2009.

Resultados obtenidos.

Se ha desarrollado un “navegador” que localiza instantáneamente la ubicación del fármaco deseado. La aplicación está instalada en la carpeta de acceso común de los supervisores. Al buscar una especialidad “X”, se introduce el nombre y automáticamente aparece su zona de ubicación mediante un color llamativo. Ha disminuido el tiempo empleado por los supervisores. Se identifica la necesidad de implementar un programa de garantía de calidad que defina las responsabilidades y modo de actuación mediante una guía de usuario breve.

Lecciones aprendidas.

Este sistema mejora la seguridad y gestión del medicamento. La mejora ideal sería la automatización del almacén pero debido al coste se recurre a otros sistemas. Es una herramienta útil para optimizar la calidad del proceso de dispensación fuera del horario de la Unidad. Disminuye el tiempo empleado por el supervisor para localizar el tratamiento y las llamadas telefónicas al staff.

C-562

"PLAN DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD CLÍNICA DE PEDIATRIA : LÍNEA DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN"

AGUIRRE, TOMÁS; BULO, ROCIO; HERNÁNDEZ, ARTURO; REY, Mª PILAR; FERNÁNDEZ, FRANCISCO Y MANZANO, Mª VICTORIA.
Hospital Universitario

Palabras Clave: Seguridad, Medicación, Pediatría, Prevención, Mejora Contínua.

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se está desarrollando en el H.U. Puerta del Mar de Cádiz y participan 2 unidades clínicas (Farmacia y Pediatria) y 3 perfiles de profesionales : farmacéuticas, pediatras y enfermeras.

Descripción del problema/necesidades.

Los niños hospitalizados son especialmente susceptibles a problema/ experimentar incidentes de medicación. necesidades Se cuantificaron los incidentes en todas las unidades de Pediatría (Urgencias, Neonatología, UCI pediatrica y hospitalización) en cuanto a la prescripción, trascripción, preparación, dispensación, distribución y administración, como paso previo a la definición de un Plan de Seguridad.

Se definieron sujetos de estudio, criterios de inclusión y de exclusión, tamaño muestral y variables e instrumentos de medición.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio cuasiexperimental, con asignación al azar en dos grupos de pacientes antes y después (6 meses) de una intervención (puesta en marcha de un plan de seguridad), sobre los que se revisan las prescripciones de medicación.

El desarrollo del proyecto se ha cubierto en una primera fase (incidencias de medicación en el GRUPO 1 o histórico) y estamos en la segunda fase (implantación del Plan de Seguridad definido entre distintos profesionales -10-de las Unidades de Farmacia y Pediatría). Nos faltaría, culminar la 2ª fase y pasados 6 meses, finalizar el proyecto con una 3ª fase donde valoremos los incidentes en un GRUPO 2 de pacientes. De todo el proceso se esta dando información y formación específica a los profesionales de la UC de Pediatría.

Resultados obtenidos.

Los resultados disponibles (GRUPO 1) son los siguientes : Neonatología : total de prescripciones : 228 (32 pacientes), total de incidentes : 41 (17,9%). de los que 20 alcanzaron al paciente (1 con daño temporal). Cuidados Intensivos : total de 235 prescripciones (39 pacientes), total de incidentes : 70 (29,7%), de los que 21 alcanzaron al paciente (1 con daño temporal). Pediatría : total de prescripciones de 486 (40 pacientes), total de incidentes de 137 (28,13%), de los que 20 alcanzaron al paciente (0 daños). Urgencias : total de prescripciones de 230 (108 pacientes), total de incidentes de 163 (70,9%), de los que 5 alcanzaron al paciente (0 daños).

Lecciones aprendidas.

A partir de la 1ª fase del proyecto se ha definido el Plan de Seguridad : Prescripción electrónica con validación farmacéutica, Sistema unidosis para hospitalización, protocolo de verificación "check list" para medicaciones de riesgo, registro anónimo de errores de medicación, formación específica, actualización de la Guía Terapéutica Pediatrica del hospital, establecimiento de una Guía de Acrónimos...

C-563

PLAN DE MEJORA DE SEGUIMIENTO INFORMATIZADO DEL ACCESO VASCULAR PROTESICO EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Mª DEL MAR ANDRÉS VÁZQUEZ; ENRIQUE GRUSS VERGARA; SUSANA MARTÍNEZ GÓMEZ; Mª DE LOS ÁNGELES MORENO; Mª DEL CARMEN GAGO GÓMEZ Y JOSÉ PORTOLÉS.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: Acceso Vascular, Protésico Hemodiálisis, Seguimiento Informatizado

RESUMEN

Contexto de partida.

Alcanzar una baja tasa de trombosis en los accesos vasculares (AV) de los pacientes en hemodiálisis (HD) es esencial para conseguir una larga supervivencia del AV. La tasa de trombosis de los AV protésicos (AVP) habitualmente es muy elevada. Se realizó un estudio observacional prospectivo de 5 años de duración (2004-2008) de seguimiento del AV, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar (DUE, nefrólogos, cirujanos y radiólogos) en la unidad de nefrología de un Hospital de tercer nivel que atiende a un área sanitaria de 500000 habitantes

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo de este estudio ha sido mejorar la calidad de cuidado del AV, mediante la implantación de un programa informatizado de mejora de seguimiento, con el fin de conseguir una tasa de trombosis anual menor de 0,5.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El estudio compara en 2 periodos de tiempo consecutivos de 25 meses, dos métodos de registro de disfunción del AV. Metodo A. Periodo de seguimiento clásico (PSC) en registros en papel en gráficas de enfermería, solicitando una fistulografia de acuerdo a la practica clínica habitual. Método B. Período de seguimiento informatizado (PSI) mediante registro de la presión venosa dinámica (PVD), presión arterial negativa (PAN) y flujo de bomba de la primera hora de diálisis en una base de datos. La solicitud de una fistulografía, se realizó cuando la PVD o la PAN superaban un límite previamente establecido, dependiendo de flujo de bomba. El programa informático muestra automáticamente los AV fuera de rango, la fecha de la última fistulografía realizada, la ultima reparación y el tipo de reparación

Resultados obtenidos.

Los pacientes con AVP en seguimiento completo durante 5 años han sido 145. Las tasas anuales obtenidas en el PSC y en el PSI fueron respectivamente: 1. Tasa de trombosis 0,63 (0,45-0,82) vs 0,40 (0,26-0,55). 2. Tasa de fistulografías por disfunción 0,44 (0,28-0,59) vs 1,59 (1,31-1,88). 3. Tasa de reparaciones por disfunción 0,29 (0,17-0,42) vs 1,4 (1,14-1,68). El valor predictivo positivo y la sensibilidad en el PSC fue 83 y 68% vs 93 y 85% del PSI. Del total de reparaciones de AV realizadas el 33,3 % fueron por disfunción en el PSC vs un 76% en el PSI ($p<0,000$).

Lecciones aprendidas.

1.La implantación de un plan de mejora de seguimiento informatizado del AV mejora significativamente el diagnostico de eventos previos a una trombosis en los AVP, aumentando el número de reparaciones preventivas por disfunción y finalmente disminuyendo la tasa de trombosis, mejorando la calidad asistencial recibida por el paciente.

C-564

INTRODUCION DE LA TECNICA DE PROCALCITONINA (PCT) EN EL PANEL DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BASURTO

SANZ DE ICAZA L; VARELA SOTO B; MENDOZA RUIZ C; MARTÍNEZ MATIENZO I; AGUAYO GREDILLA F.J. Y EGUILEOR GURTUBAI M.
LABORATORIO HOSPITAL BASURTO

Palabras Clave: Procalcitoina, Infección Bacteriana, Fiebre

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolló en el laboratorio de urgencias del Hospital de Basurto, en colaboración con Pediatría y Reanimación. La solicitud de inclusión de la procalcitonina (PCT) en el panel de urgencias, partió del Jefe Servicio de pediatría, se evaluó por el Jefe servicio y el responsable de calidad del laboratorio. Se incorporó a la práctica diaria en colaboración con las técnicos del laboratorio de urgencias durante Septiembre del 2008.
Descripción del problema/necesidades.
La fiebre es el motivo más frecuente de consulta en urgencias. Tradicionalmente se utilizan Proteína C Reactiva (PCR) y Hemograma para evaluar una posible infección bacteriana. Debido a su escasa especificidad, se da una sobreprescripción antibiótica. Con la introducción de la PCT, se han modificado diversos protocolos asistenciales, ya que (p.e.) independientemente de otros datos, a los pacientes que acuden con fiebre y PCT elevada, se les realiza una punción lumbar para descartar una posible meningitis.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La solicitud enviada desde Pediatría fue revisada y aprobada en el laboratorio y se remitió a la dirección, que aprobó la compra de reactivos. Finalmente se introdujo en el equipo de urgencias la técnica Elecsys Brahms PCT (Roche) para cuantificar la PCT. Las indicaciones de solicitud y el interés clínico de la PCT se divulgó mediante la realización de diversas sesiones dirigidas a facultativos.
Resultados obtenidos.
La demanda de la prueba fue aumentando en el 1º trimestre hasta quedar estabilizada en unas 200/més. Se estudió el origen de las solicitudes, observándose como el Sº Reanimación es el principal demandante (56%), seguido de Pediatría (25%). La incorporación de la PCT al panel urgente ha permitido un diagnóstico más precoz de la infección bacteriana, y una mayor especificidad del diagnóstico. Sin embargo, en el área de neonatología, la mejoría no ha sido tan evidente. En la actualidad se está evaluando otro marcador infeccioso (Interleucina 6, IL6), que aparentemente podría mejorar estos resultados.
Lecciones aprendidas.
La demanda ha sido muy superior a la esperada, lo que es un hecho común a la introducción de cualquier técnica de laboratorio. La divulgación en Pediatría fue muy activa, mientras que en Reanimación, no lo fue tanto. Se observa cómo el nº de solicitudes es casi tres veces más que en pediatría, a pesar de tener menos pacientes. Se realizará un programa de divulgación específico a Reanimación en 2009. Se hace muy importante establecer el protocolo de solicitud de una determinada técnica antes de su inclusión definitiva en el panel del laboratorio, para evitar solicitudes innecesarias.

C-565

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AISLAMIENTO EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL: UNA EXPERIENCIA DE 4 AÑOS DE

SEGUIMIENTO.

Grupo de Trabajo. Servicio de Medicina Preventiva .
Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba

Palabras Clave: Aislamiento Hospitalario, Infección Nosocomial

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde el año 2005 hasta la fecha, el Servicio de Medicina Preventiva en coordinación con el Servicio de Admisión, el Servicio de Microbiología y los distintos Servicios; viene realizando las labores de asesoramiento, coordinación y control de la correcta aplicación del Aislamiento en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS).
Descripción del problema/necesidades.
Durante el período 2005-08 se han seguido en el HURS un total de 1.720 Aislamientos. Los problemas detectados más frecuentes han sido: El 4,6% de las incorrecciones lo fueron por mala indicación del mismo. El 12,6% de los Aislamientos no se prescribieron en la hoja diseñada al efecto. En el 15% se detectaron incorrecciones en algunos de los componentes fundamentales del Aislamiento. Y, aunque el 78% de las incorrecciones fueron corregidas tras la intervención del Servicio de Medicina Preventiva, en el 22% restante la causa más importante de la persistencia de dichas incorrecciones ha sido la prolongación inadecuada del aislamiento: una media de 6,8 días (3% del total de los Aislamientos), lo que podría ser objeto de posteriores estudios de costes-beneficios.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El análisis en estos cuatro años nos han dado un conocimiento de las debilidades que tiene el HURS para la correcta aplicación del Aislamiento. A raíz de esto, se mantuvieron reuniones del Personal de Medicina Preventiva con Representantes del Servicio de Admisión, de donde nació el primer diseño de un documento que pretendía dar soluciones a todas las incorrecciones detectadas durante este período. Documento que posteriormente fue madurando con las aportaciones de la Comisión de Infecciones, la Junta Facultativa del Hospital y de la Comisión de Seguridad del Paciente.
Resultados obtenidos.
Se ha confeccionado un Procedimiento Operativo Estandarizado sobre Precauciones de Aislamientos en el Hospital a disposición de los distintos Servicios del HURS que capacita a Facultativos/as y Enfermeros/as para la correcta aplicación del Aislamiento.
Lecciones aprendidas.
1.El seguimiento prospectivo, día a día, de los Aislamientos en el HURS incorpora nuevas soluciones y un acercamiento entre los diferentes Agentes implicados. Deja claro cuáles son las funciones y competencias de cada uno de ellos.2 Es un instrumento que confiere las capacidades necesarias para una correcta aplicación del Aislamiento.3 Se racionaliza el uso de los recursos controlando las prolongaciones no justificadas del Aislamiento.4 Se mejora la Calidad Asistencial (más información , rigor cientifico).5 Mayor flexibilidad en la gestión de camas.6 Gran difusión y adhesión al Procedimiento.

C-566

ESTRATEGIA DE GESTIÓN EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

RAFAEL ORTIZ RIOS; JUAN LUIS DEL CASTILLO CHAVES; AUXILIADORA LIAÑEZ; ALVARO NIETO REINOSO; LUIS GABRIEL LUQUE Y MARIA ASUNCIÓN ZAMORA FORNALINO.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA NORTE

Palabras Clave: Seguridad, Úlceras, Prevención, Estandarización

RESUMEN

Contexto de partida.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL DIATRITO SANITARIO SEVILLA NORTE
Descripción del problema/necesidades.
Las ulceras por presión y heridas crónicas son atendidas fundamentalmente por enfermeros, no había criterios homogéneos,información desmedida aportada por los laboratorios, no estaba seleccionada ni definida la estrategia para la prevención y tratamiento de heridas crónicas,desconocimiento de la relación calidad /costo, existiendo ulceras (por presión y de miembro inferior) de largo tiempo de evolución con baja calidad de vida en los pacientes y alto costo económico para la administración.
Las consecuencias que se pretendían era disminuir la prevalencia, incidencia y tiempo de cicatrización de las mismas, mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los recursos.
Las causas de la variabilidad corresponden a la falta de consenso, de conocimientos y de criterios comunes en la práctica diaria.
El problema se cuantificó con el gasto soportado para la atención de ulceras y por la necesidad sentida por los enfermeros de formación en este campo, así como por los estudios de prevalencia nacionales publicados por el Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de ulceras por presión y heridas crónicas, y estadísticas internas del Distrito.
Desarrollo y soluciones aportadas.
.Partiendo del objetivo “Impulsar medidas para la prevención del soluciones aportadas riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito” incluido en las “Estrategias para la Seguridad del Paciente” (SAS 2006) se realizo formación para implantar guía de practica clínica, aplicación de nuevas técnicas, Utilización de teleconsulta del H. V. Macarena, Se creó la figura de enfermero referente en cada zona, se dotó de materiales para la prevención y tratamiento, se crearon hojas de continuidad de cuidados, se estableció sistema de control y monitorización, se participo en eventos científicos.
Resultados obtenidos.
Con las herramientas se ha disminuido la incertidumbre en la toma de decisiones y variabilidad de la practica clínica, promoción y uso adecuado de tecnologías sanitarias,seguridad para los pacientes,creación de registros para monitorizar las actuaciones, se dispone de materiales para prevención y tratamiento de úlceras, se ha asumido la responsabilidad como institución. No todos los enfermeros homogenizan su practica, es difícil monitorizar el grado de cumplimiento de las medidas propuestas.
Lecciones aprendidas.
Cuando se utiliza metodologia estandarizada y se registra mejor, aumenta la prevalencia siendo necesario continuar la formación y monitorización de las medidas propuestas

C-567

INNOVAR PARA CUIDAR

MERCEDES RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ; ROCIO LOBEIRA RUBIO; CARLOS RODRÍGUEZ DE LA VEGA; Mª JOSÉ MUÑOZ FRANCO; MANUEL FERNÁNDEZ MIERA Y DANIEL PILA.
HospitalUniversitario Marques de Valdecilla

Palabras Clave: Seguridad Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido realizado en el Hospital de Día Médico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. El grupo que ha desarrollado el proyecto es multidisciplinar: médicos, enfermeras e informático.
El Hospital de Día Médico da servicio a todos los pacientes con necesidad de tratamiento ambulatorio, siendo el mayor porcentaje oncohematologíco.
Descripción del problema/necesidades.
Las necesidades que queriamos abordar fueron: gestión de riesgos clínicos, implantación de las alertas de seguridad nº 1, identificación de pacientes, nº 7 y 8 en relación administración segura de medicación y medicación de alto riesgo.registro de efectos adversos y registros especiales en relación a los accesos venosos y extravasaciones de citostáticos. Todo ello mediante la creación de un aplicativo informático de desarrollo propio. El impacto en los pacientes: seguridad clínica
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se ha podido llevar a cabo mediante financiación obtenida soluciones aportadas por la colaboración en ensayos clínicos.Los profesionales implicados fueron aquello que son responsables de todo el proceso asisitencial: médicos y enfermeras y el apoyo de un informático para el desarrollo del aplicativo.
La difusión del proyecto se realizó mediante sesiones generales en la unidad y sesiones de trabajo con los responsables directos del proyecto: coordinador médico, supervisora de unidad, enfermeros e informático.
Fases: 1)Evaluación de necesidades, esquema de contenidos y desarrollo del programa 2) difusión al 100% de la plantilla 3) compra de las estaciones de trabajo 4) implantación mes de Mayo 5) Diciembre:evaluación
Resultados obtenidos.
En este momento los resultados son el propio aplicativo informático que consta de: Valoración inicial que incluye: registro de dolor, valoración nutricional, necesidades de apoyo emocional, mucositis etc.
Módulo de administración de medicación con la inclusión de las recomendaciones de las alertas de seguridad 7 y 8.
Registro de cuidados en relacion a los catéteres venosos centrales y periféricos. Registro de extravasaciones. Monitorización de efectos adversos. Implantación al 100% de los pacientes oncohematológicos.
Lecciones aprendidas.
Implicar a diferenentes grupos profesionales ha dado mayor cobertura al desarrollo del proyecto.
El aspecto mas importante para la prevención de efectos adversos es tomar conciencia de los peligros inherentes al acto asistencial. por lo tanto poner al servicio de los profesionales herramientas que faciliten la creación de hábitos y practicas seguras se traduce en seguridad clínica.

C-568

¿COMO EVALUAMOS LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA ACREDITADO EN CALIDAD?

GENS BARBERA, M.; VIDAL ESTEVE,E.; HERNÁNDEZ VIDAL, N.; PALACIOS LLAMAZARES, L.; AMIGO FERNÁNDEZ, J. Y SÁNCHEZ RUS, J.
Salou

Palabras Clave: Registro Incidencias, Seguridad, Acreditación, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.
Urgencias de un Centro de Atención Primaria urbano acreditado en calidad asistencial según la Joint Commission International(JACHO). Paciente y profesionales.
Descripción del problema/necesidades.
Evaluar los estándares relacionados con la seguridad de los pacientes en urgencias. Garantizar la asistencia sanitaria minimizando los problemas relacionados con la seguridad. Creación de una hoja de incidencias. Análisis transversal descriptivo
Desarrollo y soluciones aportadas.
La Comisión de Calidad elabora una hoja de incidencias formada: 1Gestión de la medicación: presencia de muestras, gestión envases multidosis, registro estupefacientes; 2-Seguridad administración fármaco: error identificación paciente, prescripción, vía, caducidad, alergias, reacciones adversas; 3- Gestión utillaje y equipamientos: verificación hojas de registro del carro paradas, maletín de urgencias y incidencias en el equipamiento 4-Gestión pacientes: accidentes fortuitos al realizar transferencias, agresiones verbales o físicas y bioinoculación 5- Gestión personal transporte sanitario, coordinación sanitaria y de la limpieza y observaciones especiales. Se difundió mediante presentación en sesión clínica. Se colocó en una zona visible de urgencias. Se inició su implantación septiembre/08 y se evaluó a los 6 meses.
Resultados obtenidos Estudio transversal retrospectivo. Se analizan las incidencias registradas por los profesionales. Gestión fármacos: muestras 2, caducidades 7, falta de rotulación 10; gestión del utillaje y equipamientos: falta de registro en hoja de verificación DEA, problema de registro horario DEA, falta pilas en el glucómetro del maletín de urgencias, material utilizado y sucio en Boxes 3, contenedor de agujas box central mal cerrado y caída accidental del contenedor de agujas, problemas informáticos; gestión pacientes: 2 agresiones verbales, 1 bioinoculación; gestión personal: trato inadecuado entre compañeros, error de domicilio fin de semana, 1 coordinación sanitaria en relación error dirección paciente, Transporte sanitario trasgresión de la confidencialidad, 9 incidencias de limpieza; observaciones: objetos personales paciente. La comisión de calidad analiza las incidencias y elabora plan de mejora.
Lecciones aprendidas.
Las lecciones aprendidas es que dicha hoja es un buen instrumento para mejorar nuestra asistencia intentando minimizar los problemas relacionados con la seguridad en los pacientes. El relación al mensaje práctico decir que es importante tener bien definido el proceso para identificar incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes para poder posteriormente analizarlos y mejorarlos.

C-569

LA VOZ DEL PROFESIONAL COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA.

VALIENTE BORREGO, F. *; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; LUCAS RODRÍGUEZ, C.; ALBARRACIN MARIN
BLAZQUEZ, M.; MIRANDA LÓPEZ, CLARA. Y CAÑAVATE GEA, JESUS..
Hospital Vega del Rio Segura

Palabras Clave: Prescripción, Electronica Asistida (Pea), Seguridad, Satisfacción, Profesional

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio observacional transversal realizado en un hospital comarcal con 142 camas (108 en dosis unitaria) donde hace 1 año y medio se implantó un programa de prescripción electrónica asistida (PEA).
Actualmente, las órdenes médicas de los servicios de Media Estancia, Medicina interna, Cirugía General, Traumatología y Cirugía Ortopédica) con dispensación mediante sistema de dosis unitaria se reciben en el servicio de farmacia en formato electrónico para su validación.
Descripción del problema/necesidades.
Es sabido que los errores de prescripción son una causa importante de efectos adversos en los pacientes. Conocer el grado de utilización y satisfacción de los facultativos que disponen de una aplicación informática para realizar prescripción electrónica asistida en nuestro centro, sirven para aumentar la seguridad de nuestros pacientes ya que nos permite conocer aspectos para la mejora en la disminicución de dichos errores.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La información se recogió a través de un cuestionario elaborado con soluciones aportadas 27 preguntas sobre 4 aspectos distintos: 1-Experiencia profesional en el centro: 2 preguntas abiertas y 1 cerrada.
2-Características del programa de prescripción: 17 preguntas según una escala tipo Likert 3-Experiencia del usuario con la aplicación: 4 preguntas sobre frecuencia temporal (tipo Likert) 4-Valoración global: 3 preguntas abiertas sobre las preferencias y sugerencias para un mejor funcionamiento.
Resultados obtenidos.
Se recogieron 21 encuestas de las 30 repartidas. Solo 5 de ellos llevan usando la aplicación menos de 1 año y medio.
Satisfacción con las características del programa: 10 de los 17 ítems obtuvieron una mediAna de 5 (satisfactorio) y 7 una mediAna de 4 (aceptable), siendo la visualización del mapa de camas junto con el apoyo del servicio de farmacia los aspectos mejor valorados y la visualización de los cambios de tratamiento el peor.
Aspectos más aceptados: Visibilidad y rapidez de la aplicación.
Aspectos menos aceptados: Las actualizaciones y mensajes de alertas confusos.
Sugerencias para un mejor funcionamiento:mejorar el formato de orden impresa, potenciar el empleo de protocolos terapéuticos y mejorar la prescripción de mezclas intravenosas.
Lecciones aprendidas.
Las sugerencias obtenidas de las encuesta son punto de partida para el diseño de acciones de mejora que nos permitan mejorar esta herramienta (PEA) para conseguir disminuir los errores de medicación debidos al sistema de utilización de medicamentos (Prescripción
validación-administración) y mejorar la seguridad de nuestros pacientes

C-570

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; VALIENTE BORREGO, F.*; MARTÍNEZ BLAZQUEZ, A.; LEON MUÑOZ, V.;
ALBARRACIN MARIN-BLAZQUEZ, M. Y RODRÍGUEZ MOLINA, MA..
Hospital Vega del Rio Segura

Palabras Clave: Prescripción Electronica, Seguridad, Paciente, Efecto Adverso

RESUMEN

Contexto de partida.
HOSPITAL VEGA DEL RIO SEGURA (CIEZA) -MURCIA
Descripción del problema/necesidades.
Los resultados del estudio ENEAS indican que entre las causas de los efectos adversos producidos en el proceso de hospitalización, un 37,4% es debido a los medicamentos. De estos un elevado porcentaje están causados por errores en la prescripción. Existen oportunidades de mejora y en la actualidad se sabe que los sistemas de prescripción informatizados son la herramienta más adecuada para mejorar la calidad de la prescripción reduciendo los errores de medicación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La fase de implantación se llevó a cabo de manera planificada: soluciones aportadas 1.Creación de un grupo de trabajo.
2.Presentación plan de implantación de módulo de Farmacia de Savac en Hospital de Cieza que será pionero en el uso de la prescripción médica en planta.
3.Sesión de consultoría y presentación del modulo de la prescripción electrónica.
4.Formación dedicada a la prescripción médica.
5.Paralelo: Se pretende comparar las información resultante de la realización de determinados y específicos procesos 6. Arranque de la implantación.
7.Balance de implantación
Resultados obtenidos.
El Hospital hoy dispone de un programa informático, de gestión integrada de farmacia mediante el que se realiza la prescripción electrónica por el médico con la consiguiente validación on-line de las mismas por el farmacéutico. Los usuarios (médicos y farmacéuticos), acceden al programa mediante contraseñas de seguridad previamente definidas que serán registradas en los cambios que se realicen.
El programa informático contiene todos los datos necesarios para realizar una PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA: datos demográficos del paciente (conexión con Admisión), acceso a información detallada sobre el medicamento, campo para escribir textos predefinidos de indicaciones a enfermería. El programa permite al usuario crear protocolos farmacoterapéuticos que pueden ser insertados en la prescripción; alertas sobres alergias, interacciones,dosis máxima, duplicidad, etc.
Lecciones aprendidas.
1.Se elimina el proceso de transcripción, realizándose la validación on
line de la prescripción por el farmacéutico, y permitiendo un contacto rápido con el médico responsable del paciente para la resolución de cualquier problema relacionado con el mismo
2.Completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería.
3.Optimización de tiempos y los recursos empleados en el circuito prescripción–dispensación-administración 4.Disminución de errores de medicación, derivados de la prescripción manual, interpretación de la OM y dispensación.

C-571

INCIDENCIAS RELATIVAS A LA SEGURIDAD, Y AHORA ¿QUE HACEMOS?

CHUECA AJURIA, A; GALLEGO CAMIÑA, I; GUAJARDO REMACHA, J; TORO SÁNCHEZ, L; SOLOZABAL ORBEGOZO, K Y VILLA VALLE, R.
Hospital Usansolo-Galdakao

Palabras Clave: Gestión por Procesos, Seguridad, Notificación, Incidencias

RESUMEN

Contexto de partida.
La experiencia presentada se ha realizado en el Hospital Galdakao- Usansolo, (general de agudos) con, aproximadamente, 400 camas que atiende a la población de la Comarca Interior de Vizcaya, alrededor de
300.000 habitantes. La Unidad de Metodología de Calidad lideró el proyecto en el que han participado 26 profesionales de diferentes categorías y departamentos/unidades/servicios
Descripción del problema/necesidades.
Entendida la seguridad como un requisito de cliente y un deber ético, la utilización de la gestión por procesos, nos permite obtener información sobre el ámbito de la seguridad. Con la implantación y despliegue del proceso de hospitalización se comenzaron a recoger incidencias. A través del análisis de estas y como resultado de observaciones y no conformidades detectados en dicho proceso, se detectaron dos áreas de mejora: 1) Circuito de cistostáticos, 2) Traslado de pacientes de Urgencias a Hospitalización **Desarrollo y soluciones aportadas.**
METODO: Análisis Modal de Fallos y Efectos. El AMFE es una herramienta cualitativa y cuantitativa. Analiza las causas de aparición de eventos antes de que ocurran, prioriza los riesgos mediante ponderación y permite establecer un Plan de Mejora.
OBJETIVOS: Prevenir la aparición de eventos adversos que pueden suceder en las actividades relacionados con 1)la prescripción, preparación dispensación y administración de cistostáticos 2)el traslado de los pacientes de Urgencias a Hospitalización, mediante la detección precoz de los riesgos que los favorecen y establecer un Plan de Mejora
Resultados obtenidos.
Se han hallado 11 puntos críticos en el circuito de Citostáticos: envío órdenes médicas, validación OM, preparación, administración, etc. y 13 en el de Traslado: solicitud informática ingreso, comprobación identificación paciente, continuidad de cuidados, etc. Acciones de Mejora, se han identificado 18 y 17 respectivamente. Se han conformado sendas propuestas de Planes de Mejora y en algún caso, recomendaciones de actuación, las cuales se han presentado a los respectivos equipos de trabajo así como a la Dirección
Lecciones aprendidas.
1) La utilización de esta herramienta de análisis ha favorecido el conocimiento en profundidad de las posibles causas de producir eventos en los circuitos analizados. 2) Los profesionales han aprendido a utilizar una técnica analítica de mejora que ha sido utilizada desde hace años en otros ámbitos 3)Existencia de herramientas de análisis en otros sectores, aplicables a nuestro ámbito 4)Se ha reforzado la cultura de seguridad en los profesionales 5)Uso del AMFE como herramienta de mejora dentro de un sistema de gestión por procesos

C-572

MEJORA EN LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN DEL INFORME DE ALTA. ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

VAREA LAHUERTA, K; BASURCO CELAYA, R; VÁZQUEZ GARCÍA, R Y RODRÍGUEZ LE HALPER, JM.
HOSPITAL BIDASOA

Palabras Clave: Información, Validación, Complejidad, Úlceras por Presión

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realiza en la Unidad de Documentación clínica de la U.G.S. del hospital del Bidasoa. Los profesionales que han participado en este trabajo, han sido facultativos de la U.G.S., enfermera de docencia y un técnico en documentación clínica.

Descripción del problema/necesidades.

Prácticamente el 95% de las altas hospitalarias son codificadas, fundamentalmente, con Informe de Alta (IA). La recogida de información de existencia de UsPP en el IA; su codificación (CIE9-MC) y clasificación posterior (GRDs), es relevante a la hora de conocer la complejidad del episodio asistencial. Aunque el hecho de no reflejarse en el IA dicha información, no supone un menoscabo en la atención y cuidados prestados al paciente conocer los niveles de complejidad que atendemos permite, entre otras cosas, mejorar la adecuación de los recursos destinados a la atención asistencial, en definitiva aporta todos los beneficios que se derivan de una correcta recogida de información.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Detectado el problema, se contactó con docencia de enfermería para recabar información de los registros sistemáticos de UsPP que realizan en pacientes hospitalizados. Se solicitaron listados de registros correspondientes a altas de enero, febrero y marzo de 2009. A través del CLINIC se obtuvo información de la codificación (CIE9-MC); GRDs y pesos asignados a las altas. Se están cotejando los IA con los registros de UsPP. Utilizando el programa "3M Sistema de Codificación" conocemos la variación en la complejidad del alta al incluir entre los diagnósticos secundarios las UsPP.

Resultados obtenidos.

Estamos en fase de evaluación y obtención de resultados. Hemos comprobado que en los casos en los que no se refleja en el IA las UsPP y no se han codificado, al incluirlas el peso del alta prácticamente se duplica, también hemos constatado que el hecho de tener una o varias UsPP no afecta al peso. Los servicios médicos reflejan más las UsPP en IA que los quirúrgicos, excepto cuando el motivo de ingreso son las UsPP.

Lecciones aprendidas.

Importancia de que, independientemente de que el paciente presente UsPP ya al ingreso como si se han producido durante el periodo de hospitalización éstas queden reflejadas en el IA. Incidir en la necesidad de indagar cuantas fuentes de información sean necesarias hasta la obtención de toda la información relevante del paciente.

C-573

ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. CONSEJERÍA DE SALUD. PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE CAÍDAS

YOLANDA SANCHEZ ACHA; JOSE MANUEL MOLINA DOÑORO; CONCEPCIÓN BARRERA BECERRA; VICENTE SANTANA LÓPEZ; MONICA RODRÍGUEZ BOUZA Y ENRIQUE FERNÁNDEZ GARCÍA.
CONSEJERÍA DE SALUD

Palabras Clave: Riesgo de Caídas, Prevención, Detección, Actuación

RESUMEN

Contexto de partida.

Responsables y técnicos asesores del Área de Calidad y Procesos de la Consejería de Salud Es una linea estrategica a desarrollar en el año 2009

Descripción del problema/necesidades.

Las caídas de pacientes son el sexto evento más notificado de la base problema/ de datos de Sucesos Centinela de la Joint Comisión necesidades Es necesario

Poder identificar los pacientes que tienen riesgo de caídas Tener un programa de prevención de caídas Aumentar la concienciación de profesionales y ciudadanos Elaborar un registro de notificación para monitorizar y establecer medidas de mejora La Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía desarrollará un documento de consenso para la prevención,detección y actuación ante el riesgo de caídas en todos los ámbitos asistenciales **Desarrollo y soluciones aportadas.**

Se constituyen 3 grupos de trabajo según ámbito de actuación Atención Especializada y Residencias Atención Primaria y Domicilio Atención de Urgencias y Emergencias Se han incorporado profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con un grupo multiprofesional Se han incorporado profesionales de hospitales de distintos niveles,Empresas Públicas y del SAS Se crea un espacio colaborativo de trabajo a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente de la ACSA,donde los profesionales intercambian documentos y experiencia Cada grupo de trabajo elabora un documento final, el proyecto concluye con una unificación de criterios a través de un documento de consenso,desarrollándose la fase de difusión e implantación,tras la aprobación de dicho documento definitivo por el Comité Director de la Estrategia para la Seguridad del Paciente Tras definir los objetivos del proyecto,se desarrolla todo el plan de trabajo durante el año 2009

Resultados obtenidos.

La implicación de los profesionales del grupo multidisciplinar en cada uno de los grupos de trabajo ha sido clave para el desarrollo de la Línea Estratégica El intercambio de documentos en el espacio colaborativo de trabajo ha sido dinámico,muy participativo y está facilitando el desarrollo del documento final La búsqueda de unificación de criterios en la detección,prevención y actuación ante el riesgo de caídas Se detecta la necesidad de una escala para la valoración del riesgo de caídas validada,que se adapte a los diferentes ámbitos de actuación

Lecciones aprendidas.

En un mismo ámbito de trabajo hay un desarrollo local ante este problema no haycriterios unificados en el SSPA

El trabajo en plataformas colaborativas de trabajo,facilita la comunicación entre los distintos profesionales que participan en el proyecto reduciendo las reuniones presenciales

C-574

PETICIÓN INFORMATIZADA DE LABORATORIO EN ATENCION PRIMARIA:DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS EN TIEMPO REAL

NOBLEJAS MARTÍNEZ.M; HERREZ CARRERA.O Y NOBLEJAS CASTELLANOS.M.
Hospital General La Mancha Centro

Palabras Clave: Petición Informatizada, Tiempo Real

RESUMEN

Contexto de partida.

El laboratorio de analisis clinicos da cobertura a 13 Centros de Salud y 15 Consultorios por lo que se planteo la necesidad de realizar una mejor gestion de las peticiones analiticas. Para ello se creo un grupo de trabajo formado por profesionales del servio y los servicios centrales del SESCAM para poner en marcha la peticion informatizada desde TURRIANO (Gestor de historia clinica informatizada de A. Primaria de la comunidad de Castilla La Mancha)

Descripción del problema/necesidades.

El prinicpal problema radicaba en la NO identificacion unívoca de los paciente al realizarse la peticion de analisis de forma manual. Se pretendía conseguir la identificacion univoca de los pacientes mediante la utilizacion del CIP (Codigo de Identificacion Personal) de la Tarjeta Sanitaria de la Comunidad. Ademas se pretendia tener los datos, tanto administrativos como de determinaciones en el mínimo tiempo posible facilitando con ello el adelanto del procesamiento de muestras

Desarrollo y soluciones aportadas.

Una vez estudiado el proyecto que se pretendia de comenzó su desarrollo por parte del personal del Servicio de Informatica de los Servicios Centrales del SESCAM con la colaboracion técnica de los profesionales del laboratorio con el fin de asesorar de las necesidades de este servicio en cuanto a la peticion informatizada. Inicialmente se produjo la planificacion del proyecto, el desarrollo del mismo, la fase de pre-produccion y pruebas para finalmente ir a la formacion de los profesionales usuarios de la aplicacion y posterior implantacion del sistema de forma progresiva en los distintos Centros de Salud y Consultorios

Resultados obtenidos.

A dia de hoy hemos conseguido la identificacion univoca de los pacientes y la obtencion de datos para el laboratorio: Se procesan diariamente unas 500 peticiones de las cuales el 90% de los resultados se encuentran en la historia clinica informatizada del paciente, antes de las 15 horas del mismo día en que se realiza la extracción. Ello supone que el clinico al disponer mas rapidamente de los resultados de las analiticas solicitadas puede realizar una mejor gestion de las segundas consultas en Atencion Primaria, sobre todo las que se programan con el fin de analizar los resultados de las analiticas

Lecciones aprendidas.

La implantacion de la peticion electrónica de laboratorio en Atencion Primaria mejora sustancialmente tanto el trabajo en el Laboratorio. al disponer más pronto de los datos en el SIL con los que se acortan enormemente los tiempos de la fase pre-analítica, como el desarrollo de las consultas en A. Primaria De la mismo forma se evitan todos los errores en la fase pre-analitica.

C-575

INCORPORACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (PAI)

JOSÉ MANUEL MOLINA DOÑORO; Mª ISABEL DOTOR GRACIA; ENRIQUE FERNÁNDEZ GARCÍA; REYES SANZ AMORES; CONCEPCIÓN BARRERA BECERRA Y MATILDE CALERO FERNÁNDEZ. CONSEJERÍA DE SALUD

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Procesos Asistenciales Integrados

RESUMEN

Contexto de partida.

Responsables y técnicos asesores del Área de Calidad y Procesos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En el marco de la actualizacion de los Procesos Asistenciales Integrados se considera necesario incluir la dimension seguridad del paciente con caracter transversal como linea estrategica de la Consejeria de Salud

Descripción del problema/necesidades.

Todo paciente debe recibir atención y cuidados seguros por parte del problema/ Sistema Sanitario. Esta seguridad debe manifestarse por la ausencia necesidades de lesiones accidentales atribuibles a las acciones a que es sometido la persona a lo largo del PAI. Seguridad es prevenir riesgos, para ello es necesario identificar los puntos críticos en el desarrollo del PAI. La seguridad del paciente debe ser incorporada de forma transversal en todos los PAI.

La incorporación de la dimensión seguridad del paciente en los PAI hace referencia a identificar puntos críticos de riesgo en cada actividad.

Se incorporan las Prácticas Seguras en las características de calidad de cada actividad de la etapa del PAI.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En todos los PAI se deben identificar los puntos críticos de riesgo para la Seguridad del Paciente en el entorno determinado. En cada proceso de abordará el establecimiento de Prácticas Seguras analizando las distintas etapas del PAI y vinculando a cada una de ellas medidas efectivas para evitar los riesgos que le son propios a cada actividad. Los profesionales implicados fueron los responsables y técnicos asesores junto con los coordinadores de cada grupo de profesionales de desarrollo de cada PAI. Se realizan reuniones de trabajo para identificar los puntos críticos de riesgo de cada etapa del PAI, incorporándose un símbolo de alerta de seguridad en cada punto crítico de riesgo y vinculándolo con las Prácticas Seguras recomendadas.

Resultados obtenidos.

En la 2ª edición de la Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales Integrados se incorporará la dimensión Seguridad del Paciente. Se incorporarán las Prácticas Seguras en las características de calidad de cada actividad que se describe en cada etapa del PAI, tras identificar los puntos críticos de riesgo de dicha etapa.

Lecciones aprendidas.

La metodología AMFE se recomienda a los profesionales para identificar los posibles fallos o puntos críticos de riesgo solo en el desarrollo local del PAI e implementar medidas correctoras para minimizar los riesgos en cada ámbito de actuación.

C-576

REGISTRO DE PACIENTES AISLADOS: UNA OPORTUNIDAD PEDAGÓGICA

TORRES PÉREZ LF; DIAZ GONZÁLEZ J; RUY-DIAZ COBOS F; JIMENEZ RUIZ M; JIMENEZ GARRIDO M Y BERNAL LOSADA O.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: Aislamiento, Pedagogía, Monitorización, Gestión

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Hospital Virgen de la Victoria dentro del marco del Plan Estratégico se han desarrollado nuemrosas inciativas tendentes a potenciar la seguridad de los pacientes. Desde la Direccion de enfermería mediante las fetauras de bloque de Sistemas de Informacion (SSII) y Calidad se ha articulado una inciativa de trascendecia institucional

Descripción del problema/necesidades.

La evidencia existente y las conclusiones de los investigadores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química) señalan que ésta es uno de los rasgos críticos de sus logros en esta materia . Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva. Dentro de las iniciativas en seguridad del centro se eligió el control y seguimiento de los Aislamientos como un espacio interesante, fácil de monitorizar e informatizar y que nos permitía crear una plataforma pedagógica a nivel hospitalario donde las medidas de Seguridad –alienadas con los objetivos del centro- pudieran ser empleadas a su vez como herramienta formativa. La revisión de las parrillas de aislamiento, nos permite identificar espacios de mayor presión, fallas en el despliegue de medidas y potenciar la retroalimentación a través de la emisión de informe y de intervenciones puntuales en la áreas criticas. Para ello la informática es la pieza clave. El objetivo de esta aplicación es optimizar el control y seguimiento de los aislamientos en nuestro entro, así como integrar esta con los instrumentos de gestión de recursos humanos (asignación de enfermeras) y materiales (gestión de camas), que hasta ahora era explotado manualmente y de forma reactiva (contagios, incremento de infecciones)

Desarrollo y soluciones aportadas.

Elaboracion de propuesta: Calidad Adaptacion de la herramienta al contexto: SSII Desarrollo del aplicativo: S. Informática Puesta en produccíon y revisión final: SSII y Calidad Lanzamiento: Direccion de Enfermeria

Resultados obtenidos.

Se generó una herramienta incluida en la aplicación corporativa que nos permitía identificar los pacientes aislados en tiempo real, el tipo de aislamiento, Servicio Responsable, Servicio Cama, Planta, Habitación y Control de Enfermería.
Paralelamente podrmos identificar el PAI relacionado y explotar estadísticamente todos los registros.

Lecciones aprendidas.

Las inciativas en seguridad, con frecuencia, deben orientase a espacios pedagógicamente productivos y accesibles por encima de necesidades organizativas.

C-577

AMFE DEL BLOQUE QUIRURGICO: UN CAMBIO CULTURAL

VAZQUEZ MONTES A; DE LA CRUZ PÉREZ C; MONTAÑEZ HEREDIA E; CRUZ MAÑAS J; PÉREZ SÁNCHEZ A Y DEL RIO MATA J.
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Palabras Clave: AMFE, Bloque Quirurgico, Modos de Fallo

RESUMEN

Contexto de partida.

Como respuestas a las directrices de plan estratégico, la Comsion de Seguiridad desarrollo un grupo de trabajo paar abordar la porblemática del Bloque Quirúrgico, tomando como referencia el proceso de soporte relacionado. El grupo esta formado por profesionales de ámbito quirúrgico en todos sus aspectos, con soporte metodológico del bloque de Calidad y Documentación Clínica.

Descripción del problema/necesidades.

Abordar esta problemática en nuestra organizacion viene a subsanar una deuda histórica con nuestra Ciudadanía, ya que las carencias que arrastra este bloque -numerosas de ellas inherentes a taras arquitectónicas finiseculares- obligan a una reingeniería profunda del escenario periquirúrgico que no puede ser ajena a la multiplicidad de porfesionale sque en el convergen. La metodología del AMFE permite una vision integral, pedagógica no punitiva y además facilita que todas las perspectivas aforen. Además contamos con el punto fuerte del PS del Bloque.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Establecer el equipo Determinar el proceso Describir sus funciones y componentes Listar los modos de fallo de cada uno de ellos Definir los efectos de los modos de fallo Describir las causas que podrían originar fallos Listar los controles que permitan detectar cada modo de fallo Calcular prioridades (importancia de cada riesgo) Definir acciones de mejora para prevenirlos Recalcular prioridades

Resultados obtenidos.

MODOS DE FALLO Error de indicación de intervención Error de localización Error en valoración de riesgo anestésico, Error transmisión indicaciones terapeuticas al paciente Error identificacion diagnóstico Error identificacion procedimiento Error identificación paciente Falta Historia Clínica Error de registro Programacion sin adecuada antelacion Paciente no localizado Programacion sin adecuada información/documentación Retraso pruebas complementarias No baja en LE de pacientes intervenidos Baja en LE en procedimientos a 2 tiempos Retraso asignación de cama Incorrecta confección de parte quirúrgico Inadecuada información sobre proceso No aplicación de indicaciones terap. Falta de instrumental (injertos) Mala colocacion del paciente Vigilancia inadecuada Contaminación ambiental Error medicación o anestesico Fallo aparataje Mal manejo aparataje Falta de previsión de riesgo endógeno infección Fallo en profilaxis antibiótica perioperatoria No conciliación medicación habitual del paciente

Lecciones aprendidas.

El trabajo interdisciplinar, al margen de manidos cantos al sol, es el único capaz de producir cambios tan profundos como el que se plantea (en fase de priorizacion)

C-578

MEJORA EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN LOS CARROS DE UNIDOSIS

MORENO VILLAR A.; NACLE LÓPEZ I.; DIAZ GUZMAN C.; RUIZ-RICO RUIZ-MORÓN T. Y GALLEGO PERAGÓN A.*.
HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ

Palabras Clave: Seguridad, Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto realizado con la colaboración de todos los integrantes de la UGC de Farmacia en un hospital comarcal general.

Descripción del problema/necesidades.

Se idea un dispositivo para la identificación individualizada de pacientes en los carros de Unidosis. El hospital dispone del 90,6% de las camas con Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias. Hasta Junio de 2008, sólo se identificaban los cajetines con el número de habitación y cama. Esto se debía al problema que representaba incorporar el nombre del paciente de forma visible, sin mantener la confidencialidad al carecer los carros de persianas externas y al pegado y despegado diario de etiquetas en el recuadro preparado para ese fin. Se contacta con diversas casas fabricantes y con otros hospitales sin hallar solución.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En Julio de 2008, se pone en marcha el dispositivo para identificar de forma clara pero confidencial cada cajetín con los datos del paciente. Las tarjetas identificativas se obtienen de la aplicación de Lantools de Unidosis (nombre. historia clínica y código barras). El dispositivo consiste en una superficie de 16 cm de ancho por 5 cm de alto, de acetato traslúcido de 200 micras, los extremos laterales son dos lengüetas con material adhesivo para fijarlas de forma permanente. Se colocan al fondo del cajetín para no estorbar en el momento de dispensar y retirar medicación de los mismos. A su vez, permite desde esa posición leer de forma clara los datos contenidos en las tarjetas identificativas que diariamente se introducen en ellos.

Resultados obtenidos.

Las tarjetas se revisan diariamente, haciéndoles doble chequeo, antes y después del llenado de carros. Esto nos sirve como control de calidad garantizando la concordancia entre el censo, la ubicación del enfermo y su tratamiento. Se informa a los supervisores de esta mejora e indicando que las tarjetas deben permanecer dentro de cada cajetín excepto en caso de traslado, alta o exitus del paciente.Se engloba dentro del programa de gestión de riesgos aplicado a la prevención de errores de medicación (“Asegurarse de la identificación del paciente antes de la dispensación y administración”) y dentro del plan de sensibilización en materia de protección de datos (“El traslado de documentación debe realizarse de forma que se impida el acceso a la misma a personal no autorizado.

Lecciones aprendidas.

Disminuye errores en el llenado de carros, contribuyendo a la seguridad tanto en el acto de la dispensación como en la identificación paciente/tratamiento. Es una medida con bajo coste y efectiva a falta de sistemas automatizados de dispensación.

C-579

ANÁLISIS DE CALIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES QUE RECIBEN UN TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA EN RÉGIMEN DOMICILIARIO

HERNANDO VICIOSO, A.; GALLEGO MIRALLES, C.; MORENO GARCÍA, C.; GÜELL PICAZO, J.; VALVERDE BOSCH, M. Y FERNÁNDEZ AVILÉS, F.. HOSPITAL CLINIC I PROVINCIAL DE BARCELONA

Palabras Clave: Trasplante, Domiciliario, Calidad.

RESUMEN

Contexto de partida.

Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) del Instituto de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona. El equipo humano incluye un médico Hematólogo y tres enfermeras que realizan la atención directa de los pacientes en el domicilio.

Descripción del problema/necesidades.

En los últimos años se han desarrollado en algunos paises programas de trasplante autólogo (TAPH) en régimen ambulatorio o domiciliario. Las principales ventajas comunicadas han sido la reducción de días de ingreso, de la presión asistencial y de los costes. Los resultados de nuestro programa han corroborado, incluso mejorado, las ventajas ya citadas pero hemos querido analizar también aspectos relacionados con la calidad asistencial percibida por los pacientes y sus cuidadores.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Hasta el momento hemos incluido 107 parejas paciente-cuidador de los que 50 (47%) contestaron una encuesta interna de satisfacción, que se entregó entre los días 10 a 12 postrasplante, con cuestiones referentes a: 1.-Calidad percibida; 2.-Relación pacientecuidador/enfermera y 3.- Comunicación con la UHD. Utilizamos una escala numérica, siendo 1 el peor resultado y 5 el más positivo. La mediAna de edad fue de 47 (18-65) años, 37 (74%) de los pacientes eran varones y 40 (80%) de los cuidadores mujeres.

Resultados obtenidos.

1.-Calidad percibida: el 66% expresó un nivel de salud física o emocional de 3-5, el 96% puntuaron con 4-5 la seguridad asistencial y el 86% no vieron alterada su vida familiar por las visitas en su domicilio. 2.-Relación paciente-cuidador/enfermera: todos conocían el nombre de las enfermeras, el 98% puntuó con 5 la utilidad de la información recibida y el 88% con 5 tanto la claridad de las respuestas como la disponibilidad de los profesionales de la UHD. 3-Comunicación con la UHD: precisaron de contacto telefónico el 74% de los casos y un 87% puntuaron con 5 la utilidad de las respuestas. Finalmente, el 98% recomendarían la asistencia domiciliaria en el TAPH.

Lecciones aprendidas.

La selección protocolizada de los pacientes candidatos a ser incluidos en nuestro programa, así como la educación específica de sus cuidadores permiten obtener niveles elevados de satisfacción en aspectos referentes a la calidad asistencial percibida y al funcionamiento de nuestro dispositivo de atención domiciliaria. Sin embargo, una tercera parte expresaron bajos niveles de salud física o emocional. En referencia a este punto, creemos que la utilización de encuestas validadas y diferenciadas para pacientes y cuidadores nos podría facilitar información más precisa sobre su incidencia y sus causas.

C-580

DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA PRETEMED 2007.

GÓMEZ HERREROS, R.; VIDAL SERRANO, S.; NAVARRO PUERTO, A.; ALONSO ORTIZ DEL RÍO, C.; MARÍN LEÓN, I. Y MEDRANO ORTEGA, F. J.. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

Palabras Clave: Guía, Profilaxis, Enfermedad Tromboembólica Venosa, Implementación

RESUMEN

Contexto de partida.
La guía PRETEMED 2007 sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en patología médica ha sido elaborada por un equipo multidisciplinar de profesionales con la participación de diferentes sociedades científicas nacionales, forma parte de la actividad del CIBER en Epidemiología y Salud Pública y está recogida en Guiasalud.
Descripción del problema/necesidades.
Pese a los avances en su conocimiento y prevención, la ETV sigue siendo un importante problema de salud pública por su alta incidencia, morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios. Constituye la causa de muerte evitable más frecuente en los hospitales, donde una de cada diez muertes se debe a ETV, que en el 75% de los casos sucede en pacientes no quirúrgicos. Varios artículos muestran el uso inadecuado de la profilaxis en pacientes médicos. Así, aunque está demostrado que es eficaz pudiendo disminuir el riesgo de TVP en un 56% y de TEP en un 52%, en el registro RIETE sólo un 26% de los pacientes médicos con ETV tenían profilaxis. En un estudio reciente en pacientes hospitalizados se recoge un 20% de infrautilización de profilaxis en casos de alto riesgo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Como parte de la estrategia de implementación de la guía PRETEMED soluciones aportadas 2007, además de su difusión en formato papel y electrónico, y de sesiones dirigidas a los profesionales para explicar su uso, se ha diseñado una calculadora de riesgo electrónica que irá incluida en la historia clínica digital utilizada a diario en atención primaria y especializada. Esta herramienta pretende facilitar el cálculo de riesgo permitiendo incorporar los factores que confluyen en un paciente, estimando su riesgo global e indicando, para cada caso, cuál es la recomendación en cuanto al uso o no de profilaxis.
Resultados obtenidos.
La estrategia de difusión y de evaluación de la implantación de la guía PRETEMED 2003 mostró las barreras existentes. A nivel local se realizó una evaluación de la adecuación de las indicaciones mediante un estudio antes-después en los Servicios de Medicina Interna de 3 hospitales SAS en pacientes hospitalizados. Los resultados mostraron una adecuación del 60% antes y después de la guía, manteniéndose tasas similares y significativas tanto de infrautilización como de sobreutilización de profilaxis. En la evaluación de la guía PRETEMED 2007, que cuenta con la nueva herramienta, esperamos mejorar estos datos.
Lecciones aprendidas.
La accesibilidad y sencillez de esta herramienta facilitará su utilización y mejorará la implantación de esta guía de práctica clínica, favoreciendo la adecuada identificación y profilaxis de los pacientes con riesgo de ETV.

C-581

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN PATOLOGÍA CRÓNICA DEL MANGUITO ROTADOR:ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO

MARTÍNEZ SÁNCHEZ, MI*. ; MESA RUIZ, AM. Y BARROSO GARCÍA, P.. U.G.C. ALBOX.AREA DE GESTIÓN SANITARIA NORTE DE ALMERIA

Palabras Clave: 4: Ensayo Clínico Aleatorizado

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizará en las unidades de fisioterapia del AGS Norte de Almería, participarán 10 fisioterapeutas, 2 médicos rehabilitadores, y dos personas con amplia experiencia en diseño y análisis epidemiológico.
Descripción del problema/necesidades.
Actualmente no se pueden recomendar medidas fisioterápicas específicas para el tratamiento de la patología crónica del manguito rotador (PCMR), a falta de ensayos clínicos de calidad. En general, los estudios más recientes sugieren que los programas de ejercicio fisioterápico supervisado, son beneficiosos para esta patología. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es comparar la efectividad de un protocolo de ejercicios supervisado (PES) frente al tratamiento fisioterápico convencional, en pacientes con PCMR.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño: Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, con evaluación ciega de pacientes y resultados Participantes e intervenciones: Se seleccionarán 126 pacientes con PCMR entre las unidades de fisioterapia participantes. Mediciones: Diferencia entre los grupos en capacidad funcional del hombro, intensidad del dolor y calidad de vida; percepción de mejora y satisfacción global con el tratamiento y gasto farmacéutico. Análisis: Por intención de tratar, a tiempo cero, 3 meses y 6 meses tras el tratamiento. Plan de trabajo: El proyecto se desarrollará en un tiempo total de 2 años (2010-2011) (Anexo 1).
Resultados obtenidos.
La importancia del proyecto estriba en su posible repercusión en la actividad asistencial y seguridad del paciente. Con este estudio se pretende poner a disposición del fisioterapeuta un instrumento que permitirá mejorar el abordaje de este problema de salud desde la evidencia, si se cumplen nuestras hipótesis de trabajo:
1. Un PES por el fisioterapeuta, se postula que proporcionará mejores beneficios en capacidad funcional, dolor y calidad de vida, en pacientes con PCMR.
2. Pueden existir perfiles de pacientes con características concretas, que puedan obtener especial beneficio clínico con el PES.
3. Se espera que los pacientes con el PES, reduzcan el consumo de analgesia, con el beneficio de ahorro de coste farmacéutico y de potenciales problemas de seguridad.
Lecciones aprendidas.
Beneficios que con este estudio esperamos aportar al paciente con PCMR:
1. Prácticas seguras: Mejorar la atención de estos pacientes mediante el uso de un protocolo de ejercicios estructurado, adaptado y de fácil aplicabilidad, que permita homogeneizar los criterios de aplicación y medición de resultados.
2. Educación para la seguridad del paciente: Implicación activa del paciente crónico en su propio proceso.

C-582

DISEÑO DE UN PLAN DE ORIENTACIÓN E INTEGRACIÓN PARA ENFERMERAS DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UVI DEL HUC

PERERA DÍAZ, P; CHINEA RODRÍGUEZ, CD ; ARROYO LÓPEZ, MC; HERNÁNDEZ MARRERO, A;TRUJILLO LEÓN, FJ; GARCÍA ALONSO, ML; ÁLVAREZ EXPOSITO, FS Y PIÑERO NEGRIN, A..
Hospital Universitario de Canarias

Palabras Clave: Acogida, Formación, Enfermera, Cuidados Críticos

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del Hospital Universitario de Canarias (HUC). El grupo de trabajo está formado por enfermeras: Directora de Escuela Universitaria de Enfermería, Supervisora General de Cuidados Críticos, Supervisora de UVI y enfermeras asistenciales de unidades de críticos con diferente experiencia.
Descripción del problema/necesidades.
La complejidad inherente al funcionamiento y organización de las Unidades de Críticos dificulta la integración del personal de enfermería de nueva incorporación, incrementándose en determinadas épocas del año. La incorporación del personal inexperto es altamente estresante para todos, por ello surge la necesidad de elaborar estrategias que permitan facilitar la formación y la integración en el equipo humano de la Unidad. Objetivos
Facilitar la integración del personal de nueva incorporación a la dinámica de la unidad.
Ubicar, orientar y motivar al dicho personal en el equipo multidisciplinar de la unidad. Mejorar el clima laboral y aumentar la fidelización del personal. Facilitar la formación del personal inexperto, orientándolo en los conocimientos mínimos necesarios para el desarrollo de una buena praxis
Desarrollo y soluciones aportadas.
Creación del grupo de trabajo. Planificación de reuniones programadas de manera periódica. Elaboración de un cuestionario de opinión sobre la necesidad de formación de las enfermeras en cuidados críticos.
Realización de una amplia revisión bibliográfica sobre los planes de acogida y formación de otras unidades. Elaboración de la estrategia: Diseño y desarrollo de un Plan de Orientación e Integración para enfermeras de nueva incorporación.
Resultados obtenidos.
El análisis del cuestionario destaca la falta de estructuración en la acogida y el déficit de formación en las enfermeras nuevas. El Plan elaborado consta de
Guía de orientación e integración. Una entrevista semiestructurada, que realizará la supervisora de la unidad, para conocer el grado de preparación de este personal y canalizar su acogida.
Una Guía de Autoformación estructurada por semanas, con sus criterios de aprendizaje.
Lecciones aprendidas.
La Guía constituye un instrumento potente para facilitar la adaptación, fidelización e integración del personal y en consecuencia para crear un clima laboral adecuado. Se prevé su implantación durante el 1º trimestre de 2010.
Al formar al personal eventual, no sólo damos valor a su aprendizaje, sino que les dotamos de estructuras teóricas que sirven para estimular sus capacidades analíticas y críticas que faciliten la toma de decisiones basadas en la evidencia científica.

C-583

PLAN DE SEGURIDAD EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCION

SANTOS, M*.; PÉREZ, P.; MARTÍNEZ DEL CAMPO, M.; FERIA, F. ; ÁLVAREZ, J. Y SÁNCHEZ, E..
HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN BENALMÁDENA

Palabras Clave: Mapa Riesgos, Amfe, Evento Adverso, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se realiza en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Se desarrolla concretamente en el Proceso Críticos y Urgencias y participa un equipo multidisciplinar de trabajo compuesto por personal sanitario y no sanitario adscrito a Urgencias.
Descripción del problema/necesidades.
Se trata de diseñar, un Plan de seguridad en urgencias de un Hospital de alta Resolución, teniendo en cuenta las características propias de un centro de reciente apertura, donde se pone de manifiesto esta necesidad, disminuyendo de esta forma los eventos adversos que se pudiesen dar en el proceso de atención al usuario.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Nuestro Plan de seguridad se plantea para mejorar la seguridad de los pacientes mediante el estudio y la prevención de los eventos adversos, basándonos en herramientas como el despliegue del mapa de riesgos de urgencias, el estudio de los distintos procesos desarrollados en el hospital con especial enfoque a los elementos de seguridad que incorporan estos procesos, la creación y evaluación posterior de indicadores de seguridad, los métodos proactivos de prevención de eventos adversos (AMFE), los métodos reactivos de análisis de riesgo ante incidentes acontecidos, como el análisis de causa raíz, la implantación de programas de formación y el desarrollo de programas de investigación en seguridad clínica, así como la incorporación del usuario a la mejora permanente de nuestra organización.
Resultados obtenidos.
Elaboración por parte de los distintos grupos de trabajo que participan en el proyecto de un análisis proactivo de los riesgos de nuestra área. Para ello se elabora previo a la apertura un mapa de Procesos del hospital. A continuación se desarrollan los flujogramas y actividades para cada uno de los subprocesos que lo componen, como base de la reestructuración de los Circuitos asistenciales, orientados a las necesidades de los pacientes.
Para cada subproceso: triaje, urgente demorable, urgente no demorable, críticos y pediátrico se definen indicadores clínicos y de calidad que nos permitan evaluar nuestra actividad y detectar áreas de mejora.
Lecciones aprendidas.
Destacar la importancia del tema y el hecho de ver como se está desarrollando su implantación y las ventajas inmediatas que se obtienen, tanto a nivel de personal y de estructura, como a nivel de Dirección. En cualquier caso el aprendizaje que vamos obteniendo es continuo, quizás tenemos que fijarnos en el mismo proceso en sí, en su continua mejora y en como se va transmitiendo de manera crucial a todos y en su consonancia en el día a día para seguir aprendiendo continuamente.

C-584

Riesgo adliz[(m)15(u)1si
Riesgo adliz[(m)15(u)1si

PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN RECIÉN NACIDOS CRÍTICOS

RAMÓN SALGUERO, JM; OLALLA SÁNCHEZ, MA; TRILLO BELIZÓN, C; LÓPEZ MORENO, MD; HERNÁNDEZ PÉREZ-LANZAC, C Y BARRIOS CORRALES, F.
Hospital Comarcal de la Axarquía

Palabras Clave: Errores de Medicación, Neonatología

RESUMEN

Contexto de partida.

La intervención se produce en la Unidad Neonatal de un Hospital Comarcal Público. Participa el personal de asistencia en primera línea bajo el liderazgo de la Comisión Hospitalaria para la Seguridad del Paciente, el Responsable en Seguridad y el Grupo al efecto.

Descripción del problema/necesidades.

Certeza de que el error está presente en la acción humANA y que es problema/ mejorable su impacto en forma de daño. Riesgo especialmente elevado necesidades en pacientes neonatales (variabilidad fisiológica, somatométrica, inmadurez de órganos y sistemas, dificultades anatómicas en realización de técnicas invasivas…) y en unidades de mediano tamaño (escasa prevalencia de terapéuticas, servicios centrales multidisciplinares, personal adscrito no siempre específico).

<rri
inmadaente-1.n5( )]TJūrg15 Tc 0 -1.realizada0.667 s5( )-13(G)15(r)15(u)15(p)15(o)155(l)15( )-13(e)15aa/nlloiológica, **Descripción del prol**
Certeza de que el eestá presente en la acción hum

C-586

INTERVENCIONES DE TABAQUISMO A PIE DE CAMA EN EL AGS NORTE DE MÁLAGA

MOYANO JIMÉNEZ, OL; CÓRDOBA GARRIDO, L.; LARA GARCÍA, C.; CAÑERO TORRES, M.J.; GALLARDO MONTORO, M. Y POZO MUÑOZ, F.
AGS NORTE DE MÁLAGA

Palabras Clave: Intervenciones de Tabaquismo en Pacientes Ingresados

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en el Hospital de Antequera en el AGS Norte de Málaga, en la UGC de Medicina Interna con profesionales de tal unidad, una profesional de la Unidad de Calidad y la técnica de la Unidad de Apoyo al Plan Integral de Tabaquismo.
Descripción del problema/necesidades.
Desde la entrada en vigor de la ley 28/05 y la puesta en marcha del problema/ PITA las intervenciones realizadas en la comunidad andaluza han sido necesidades principalmente a nivel de atención primaria (AP), la necesidad de realizar un abordaje más completo tal y como recoge el plan integral, ha hecho ver la necesidad de evaluar un tipo de intervención con un rendimiento en salud superior a otras intervenciones. Además la proporción de pacientes en los que consta indicios de intervención de tabaquismo es menor que para otros factores de riesgo.
Objetivos:
- Incrementar el nº de intervenciones básicas y avanzadas de tabaquismo y registro de las mismas en pacientes ingresados
- Incrementar el nº de profesionales de atención especializada implicados en la Atención del Tabaquismo.
- Realización de un abordaje de tabaquismo más innovador.
- Valorar la eficacia de las intervenciones realizadas “A pie de cama” teniendo en cuenta que resulta un momento oportuno en cuanto a la receptividad del paciente por su situación personal y clínica.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Comienzo en el mes de marzo de 2008 hasta la actualidad.
Fases: -Sesiones clínicas de sensibilización y propuesta de intervención en tabaquismo a Director y Supervisora de la UGC de Medicina Interna. -Formación acreditada de tabaquismo para profesionales sanitarios implicados.
- Realización de Protocolo de actuación para intervenciones y derivaciones a la Unidad de Atención al Tabaquismo (UAT).
- Entrenamiento en uso de Cooxímetro (medición de monóxido de carbono)
Realización del protocolo con selección de profesionales.
Difusión del proyecto: reuniones internas y cursos de formación.
Resultados obtenidos.- Aumento de conocimientos sobre el tabaquismo en profesionales sanitarios de A.E.
- Aumento de intervenciones de tabaquismo en pacientes ingresados
- Aumento de derivaciones a la UAT para fumadores interesados en el cese del hábito
- Mayor implicación de profesionales de A. E. en este tipo de intervenciones.
- Evaluación de eficacia de las intervenciones “A pie de cama”
Lecciones aprendidas.
Que hay que hacer muchos avances en tabaquismo y el abordaje en pacientes ingresados es fundamental para la recuperación del paciente y debe trabajarse en la continuidad de cuidados Que una eficaz comunicación interna es fundamental para el desarrollo de cualquier proyecto y la difusión del mismo.

C-587

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON SU SEGURIDAD

SÁNCHEZ BASALLOTE, JE; GÓMEZ PARRA, F; MANSILLA ROMERO, AM; DIAZ ORTA, J; SALAS SÁNCHEZ, F Y GÓMEZ BRIOSO, JM.
Distrito APS Sierra de Cádiz

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Satisfaccion, Atencion Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Atención a la Ciudadanía. Distrito APS Sierra de Cádiz Profesionales del Servicio de Atención a la Ciudadania, Dirección de Salud y Direcciones de las Unidades de Gestión Clínica
Descripción del problema/necesidades.
Conocer el grado de satisfacción respecto a la seguridad que reciben los usuarios del Distrito de Atención Primaria (APS) Sierra de Cádiz, proponer acciones de mejora para aumentar esos niveles de satisfacción y evaluarlas. Se analizaron los resultados del índice de seguridad del Distrito de 2007 y 2006, se implementaron acciones de mejora y, posteriormente, se han analizado los resultados de 2008. Este índice se obtiene a partir de 5 variables de la encuesta anual de satisfacción de usuarios del SAS: grado de intimidad, confianza en la asistencia, confidencialidad y secreto de los datos clínicos, información sobre los tratamientos y permiten dar su opinión sobre los tratamientos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se constituyó un grupo de mejora formado por el Coordinador del Servicio de Atención a la Ciudadanía, Director de Salud y Directores de las 5 Unidades de Gestión Clínica del Distrito.
Se analizó el indice de seguridad del 2007 y 2006, se propusieron una serie de medidas de mejora (espacios para atención personalizada, formación en derechos de los usuarios y comunicación, protocolo de identificación de los profesionales, protocolo de atención personalizada, reuniones de equipo) para las variables por debajo de la media de Andalucía y se evaluaron con la encuesta de 2008.
Resultados obtenidos.
El índice de seguridad del Distrito en el año 2007 (87,65) se sitúa por debajo de la media de Andalucía (90,59) e inferior al 2006 (88,29). Las 5 variables que conforman el índice de seguridad obtuvieron en el año 2007 unos resultados por debajo de la media de Andalucia por lo que se propusieron acciones de mejora. En 2008, el indice de seguridad del Distrito ha mejorado en 0,63, sin superar la media de Andalucia (1,89 superior al Distrito). No obstante, 4 de las 5 variables aumentan el nivel de satisfacción con respecto al año anterior y superan a la media de Andalucia. La variable permiten dar su opinión sobre los tratamientos ha decrecido con respecto al 2007 en -6,5 puntos (69,8), estando muy por debajo de la media de Andalucía (80,9), por lo que hay que adoptar nuevas medidas para mejorar esta variable
Lecciones aprendidas.
Aprovechar los resultados de las encuestas como herramienta de mejora de la calidad. Conocer las deficiencias permite adoptar acciones más específicas. El trabajo en grupo permite consensuar acciones de mejora y mayor implicación de los equipos directivos.

C-588

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD INFORMATIZADO DEL URIANÁLISIS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

MARTÍNEZ MATIENZO, I; VARELA SOTO, B; MENDOZA RUIZ, C; TEJADA HALFMANN, A; SANZ DE ICAZA, L Y AGUAYO GREDILLA, FJ.
LABORATORIO HOSPITAL BASURTO

Palabras Clave: Urianalisis, Informatización, Control, Calidad Urgencias

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se llevó a cabo en la sección de Urgencias del Laboratorio de 24 Horas del Hospital de Basurto (Bilbao). En el trabajo estuvieron implicados el facultativo jefe de Sección de la unidad de Urgencias y las Técnicos Especialistas de Laboratorio (TEL) adscritas a esta sección.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretendía actuar sobre la gestión de los urianálisis solicitados al laboratorio, especialmente en el control de calidad del mismo. Se formó un equipo de cinco técnicos y un facultativo, y se analizaron los problemas que aparecían a diario en la gestión de estas analíticas. Se revisó la actividad del laboratorio a lo largo del año 2008, y se estudiaron el volumen de peticiones y la demora de las pruebas. Tras el proceso de análisis se acordó informatizar la gestión del urianálisis y de ello se derivó una mejora de la trazabilidad del sistema de control de calidad y por tanto de la fiabilidad de nuestro proceso. Además los resultados de pacientes quedaban adecuadamente registrados, con lo que éramos capaces de solventar mejor cualquier contingencia que afectara al sistema informático global del laboratorio (SIL) tales como re-envío de resultados, gestión de copias etc.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Una vez decidida la informatización, se contactó con la empresa suministradora del material de urianálisis (Menarini). Se evaluó el sistema informático de esta empresa (Menasoft), y se acordaron los plazos para la instalación y implantación del sistema. En una primera fase se instaló el programa, formándose un facultativo en el manejo del sistema. Posteriormente en una segunda fase (1 més; Diciembre 2008) y conviviendo con el sistema manual. se formó al equipo de facultativos y TEL, comenzándose a registrar datos. En una tercera fase (Enero 2009) se abandonó el sistema manual, quedando ya operativo el nuevo sistema informatizado.
Resultados obtenidos.
A raíz de la informatización, el registro de resultados de pacientes y control de calidad resultaron mucho más accesibles y fiables. Se pudo realizar con sencillez un estudio del resultado del control de calidad que se realizaba a diario, para evaluar el funcionamiento del equipo. Los problemas ocasionales que se produjeron en el SIL pudieron ser solventados con facilidad
Lecciones aprendidas.
La informatización de un proceso de laboratorio es laboriosa inicialmente, hasta que el equipo se forma en su manejo. La implantación es costosa y a menudo precisa de un tiempo dilatado hasta que todo el personal se acostumbre al cambio. Una vez realizado el cambio, nos planteamos cómo podíamos trabajar de otra manera anteriormente.

C-589

CONTROL Y PREVENCIÓN DE CONDICIONES PREANALITICAS NO ADECUADAS

BACHILLER BURGOS, J; MONTILLA LÓPEZ, C; SALAS HERRERO, E; JARA LÓPEZ, I; GONZÁLEZ CARRASCO, N Y MOYA RODRÍGUEZ, R.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Palabras Clave: Analiticas, Seguridad, Muestras

RESUMEN

Contexto de partida.
Los técnicos y facultativos del Servicio de Laboratorio del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe intentan detectar y registrar los casos de muestras en condiciones preanalítícas no adecuadas para emitir resultados de calidad.
Descripción del problema/necesidades.
Se reciben más de 1000 peticiones al día de Bioquímica, Microbiología, Hematología y Anatomía Patológica. En 2008 se detectaron 32 muestras diluidas con la sueroterapia infundida a los enfermos: 6 de Observación, 2 de Urgencias, 5 de UCI y entre 4 y 5 por planta (habiendo un total de 4 plantas). Los casos detectados son aquellos con parámetros bioquímicos aberrantes o bien una hemoglobina tan baja que precisa transfusión y, al solicitar otra muestra para realizar las pruebas cruzadas, se comprueba el error. En 13 casos se generó solicitud de transfusión no procedente y en 11 se impidió la transfusión tras analizar la segunda muestra para pruebas cruzadas. Los casos detectados suponen un pequeño porcentaje del total, ya que hay un número desconocido de muestras diluidas con valores compatibles con la vida que pasan desapercibidas y, además de conservarse en el histórico del paciente, pueden influir en las decisiones diagnósticoterapéuticas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Ante un caso de error en hemograma, si se ha generado solicitud de transfusión, el facultativo del Laboratorio llama al médico responsable del paciente para informarle del valor real de la hemoglobina (comprobada en la segunda muestra). En el caso de los parámetros bioquímicos, se solicita nueva muestra. Se llevan a cabo dos reuniones iniciales una con la Dirección ycoordinadores de Enfermería y otra con los responsables de Área Médica. También se realizan reuniones divulgativas por áreas, presentando a los profesionales los casos detectados y se le da relevancia como problema de seguridad para el paciente. Se proponen dos medidas: modificar el protocolo extracción, limitando al máximo las extracciones de vía y/o desechando lo suficiente y promover el uso de seroteca para parámetros no evolutivos, disminuyendo las extracciones al enfermo.
Resultados obtenidos.
A pesar de la difusión a los profesionales, se siguen recibiendo muestras diluidas. Hasta mayo de 2009 se han detectado 11 casos.
Lecciones aprendidas.
El procedimiento de medición y evaluación de casos es conocido por todos los sanitarios del Laboratorio, pero es difícil su transmisión hacia otras áreas hospitalarias, éste es un área de mejora. El uso de la seroteca (como medida coadyuvante) ha aumentado, pero sigue siendo insuficiente. Es preciso insistir en las medidas propuestas e idear otras para minimizar el problema.

C-590

MEJORANDO LAS INDICACIONES DE ESTUDIOS DE IMAGEN EN ATENCIÓN PRIMARIA

AMBROSIO HERRERÍA DE LA LASTRA; JAVIER PADILLA BERNÁLDEZ; MARÍA LUISA MARÍN ALCÓN; ROCÍO DEL CASTILLO HERNÁNDEZ; BEATRIZ PASCUAL DE LA PISA Y AGUSTINA DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ.
Castilleja de la Cuesta

Palabras Clave: Adecuación, Indicaciones, Estudios Radiológicos, Atención Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

La Dirección del Distrito Sanitario Aljarafe de Sevilla, tras valorar la tendencia de peticiones de estudios radiológicos por parte de sus médicos de Atención Primaria (AP), nos invitó a realizar una guía de indicaciones para la correcta solicitud de los estudios radiológicos

Descripción del problema/necesidades.

La tendencia de los servicios sanitarios es al incremento de las pruebas de imagen, especialmente las que emplean radiaciones ionizantes (RI) Como ocurre con otros tóxicos ambientales, no existe una dosis mínima que limite la frontera de la seguridad, respecto a la exposición a los rayos X; por ello, cada contacto con éstos debe ser sopesado, valorando el riesgo/beneficio Es estimable el riesgo de neoplasias inducidas por RI, por ello no podemos infravalorar dicho riesgo y deberemos limitar las exposiciones a las mismas Desde la perspectiva de la optimización de costes, el uso inadecuado de estudios de imagen, origina un estimable consumo de recursos económicos y humanos. En AP frecuentemente las técnicas radiológicas no aportan datos que varíen la decisión terapéutica inicial

Desarrollo y soluciones aportadas.

Apoyándonos en la "Guía de Indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen" del Royal College of Radiologists, la adaptamos a las pruebas accesibles desde AP. Fue realizada por un Médico de Familia de nuestro Centro de Salud (CS), a petición de la Dirección Médica del Distrito Aljarafe de Sevilla Una vez adaptada la guía para AP, fue difundida mediante una presentación a los responsables de los CS del Area Sanitaria y entregada en soporte informático e impreso, para su difusión y aplicación en sus distintos lugares de trabajo. En nuestro Centro de Salud se instauraron auditorias semestrales, que fueron expuestas en equipo, para evaluar y optimizar la aplicación de la guía

Resultados obtenidos.

Se produjo clara disminución de estudios radiológicos, número de pacientes estudiados y proyecciones realizadas; comparando el semestre anterior a la implantación con el equivalente tras ella Estimamos que el problema estudiado ha mejorado claramente y habremos de seguir auditando la evolución, pues el hecho de "observar" determinados parámetros, hace que éstos se contengan

Lecciones aprendidas.

La utilización la guía estimula a los de médicos de AP en la adecuación del uso de estudios radiográficos a sus indicaciones. Es necesario mejorar el soporte físico de la guía en una pequeña publicación con una mínima encuadernación. La guía está abierta a ulteriores cambios por mejores evidencias y aumento de técnicas disponibles en AP principalmente la ecografía

C-591

CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA: ADECUACION DE LA RESPUESTA Y MOVILIZACION DE RECURSOS.

CAAMAÑO-ARCOS M; MARTÍN-RODRÍGUEZ MD; CAAMAÑO-MARTÍNEZ MD; PICALLO-PIÑÓN M YCEGARRA-GARCÍA M.
Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061

Palabras Clave: Urgencias Médicas, Consulta, Tratamiento

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el servicio Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Analizamos la consulta médica telefónica. Participaron en el estudio el servicio de atención al usuario, el s. calidad y la Central de coordinación.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo determinar si el interrogatorio telefónico, la respuesta y el recurso movilizado fueron adecuados en la demanda clasificada como consulta médica telefónica correspondiente al año 2007(N= 232.613).

Muestra de conveniencia N=364. Selección al azar. No incluye llamadas de consulta finalizadas como informativas o consulta dosis/medicamento.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La adecuación del interrogatorio, de la respuesta y del recurso soluciones aportadas movilizado, se evaluó por dos observadores que escucharon las consultas. Se analizó la concordancia entre los dos evaluadores (médico coordinador y jefe de servicio de atención al usuario).

Registro de datos de consulta médica, apartados: situación actual, antecedentes personales, terminología adecuada, consejos al final de la consulta, colaboración del alertante y posibilidad de más preguntas que influyesen en la respuesta. Respuesta: emergencia, transporte urgente, visita, derivación, consulta telefónica, otros. Recurso movilizado: médico A.P., ambulancia asistencial/ medicalizada/otras, helicóptero, otros. Análisis estadístico de datos con SPSS 14.0. y EPIINFO V3.4.

Resultados obtenidos.

Concordancia entre evaluadores al evaluar la respuesta adecuada(kappa=0,65) y el recurso movilizado adecuado (Kappa= 0.88). El apartado más favorablemente evaluado fue"Terminología empleada por el médico" 98.1%. La "respuesta" adecuada en 95,3% casos y "adecuada movilización del recurso" en el 97,2%. El recurso movilizado inadecuadamente con más frecuencia fue la ambulancia medicalizada (33,3%). Ajustando por edad, situación actual, antecedentes, terminología, número de llamadas por médico/hora, médico y duración de la llamada, la variable asociada a una respuesta inadecuada fue no investigar correctamente situación actual (OR=10,3; 95% I.C:3,57-29,69), antecedentes personales (OR=3,23; 95% I.C:1,19-8,72), más preguntas posibles(OR=0,20; 95% I.C:0,073-0,56), consejos al alertante (OR=5,67; 95% I.C:1,27 25,18). Ajustando por las mismas variables, la variable asociada a la movilización inadecuada fue no investigar correctamente la situación actual(OR=8,74; 95% I.C.:2,31-33,03).

Lecciones aprendidas.

La investigación de "la situación actual" del paciente es clave

C-592

CORRECTA INDICACIÓN DE RADIOLOGÍA PORTÁTIL

INIESTA MARTÍNEZ,D.; ROLDÁN MARTÍNEZ, C.; RODRÍGUEZ MOLINA, M.A.; MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, J.M.; HERRERA ALARCÓN, C. Y OLIVARES LUNA, E..
HOSPITAL VEGA DEL RÍO SEGURA

Palabras Clave: Radiologia Convencional, Portátil, Radiologos, Indicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Se detecta en el servicio radiodiagnóstico un número elevado de radiología convencional portátil por parte de los T.E.R, la supervisora y radióloga responsable de la unidad, que dado las circunstancias y estado de los pacientes se podría hacer en el servicio de radiodiagnóstico. Implicación posterior de los jefes de servicio como transmisores de los acuerdos a sus equipos
Descripción del problema/necesidades.
Reducir la petición de radiología portátil a casos en los que es imposible el desplazamiento del paciente al servicio de radiodiagnóstico, evitando a pacientes próximos en el espacio radiaciones innecesarias y al paciente repetir la prueba cuando la calidad no era buena. Realización de puesta en común analizando el problema por los miembros del servicio iniciando una recogida de datos incluyendo número de radiología portátil,cumplimentación de la justificación diagnóstica e identificación de servicios más demandantes
Desarrollo y soluciones aportadas.
Recogida de todas las peticiones de radiología portátil durante 4 soluciones aportadas meses(2008), evaluando los ítems antes expuesto.Realización de un informe justificando la necesidad de llevar a cabo unas medidas correctoras dirigido a la dirección del hospital.Realización de una reunión convocada por la dirección, asistiendo la dirección, radiólogia, coordiandores de enfemería y facultativos.Sesiones informativas individuales de apoyo a cada unidad hospitalaria por parte de la radióloga.
Reevaluación de los criterios evaluados(4 meses en 2009)
Resultados obtenidos.
Radiología convencional (mismo periodo de meses), 306 peticiones en 2008 a 238 en 2009.Justificación diagnóstica, 2008 el 48.69% frente al 92.08% en 2009.En relación a los servicios demandantes en ambas mediciones (2008 y en 2009), urgencias: 50,65%/48,32%; cirugía: 5,56%/6.72%; medicina interna: 21,57%/19,33%; Unidad media estancia: 2,94%/2,94%; reanimación: 16,34%/18/91%; traumatología: 0,98%/0,84%; sin identificación: 1,96%/2,94%). Sin justificación diagnóstica, urgencias: 78,98%/26,32%; cirugía: 1,27%/15,79%; medicina interna: 12,10%/57,89%; unidad media estancia; 0%/0%; Reanimación: 3.18%/0%; traumatología: 1,27%/0%; sin identificación: 3,18%/0%)
Lecciones aprendidas.
Disminución del número de radiología convencional portátil y aumento en la cumplimentación de la justificación diagnóstica de la misma, especialmente en aquellos servicios más demandantes Posibilidad de mejora en relación a la correcta cumplimentación de la justificación diagnóstica y a la indicación de este tipo de radiología en algunos servicios que coinciden con los que más demanda de portátiles presentan

C-593

ELABORACIÓN DE PROPUESTAS DE ACCIÓN PARA LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN EL H. VIRGEN MACARENA (HVM). PI0115/2007

MORANO BÁEZ, R.; SORIANO BLANCO, M. ; JIMÉNEZ GÓMEZ, S. ; DE LOS REYES MACHUCA, R. ;
ROMERO BRIOSO, C. Y GARCÍA BERNAL, E. .
Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras Clave: Colaboración Interprofesional, Trabajo en Equipo,

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó en dos unidades de medicina interna del H. Virgen Macarena de Sevilla. Participaron 60 profesionales diplomados de enfermería (DUE), técnicos en cuidados de enfermería (TCE), médicos y celadores.
Descripción del problema/necesidades.
Falta de colaboración interprofesional (CI) que influye negativamente en los profesionales y usuarios. Las causas fueron detectadas con entrevistas, talleres y una coalición. Objetivo: diseñar actividades para aumentar la CI.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Investigación Acción Participativa. Fases: Entrevistas. Guión basado en el modelo estructural de D´Amour y preguntas sobre barreras y facilitadores de la CI. Se realizaron 10 a diferentes profesionales. Grabadas previa firma de consentimiento.
Coalición. Formada porali. 5(Sadores.)]TJ0.655 0.659 0.667 scn/TT0 1 1

C-594

CUIDANDO A LA CUIDADORA: ESTRATEGIAS DESDE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA (IAP)

CORREA CASADO,M; PESO BOFFA, F; ESTEVEZ MORALES, MT; TORRES NAVARRO, MM; LAO PUERTAS, EM Y MAGAÑA HERNÁNDEZ, L. E.P.HOSPITAL DE PONIENTE DE ALMERIA

Palabras Clave: Satisfacción Cuidadora, IAP, Personalización

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en la E.P. Hospital de Poniente de Almería, en el servicio de Medicina Interna 3ª Levante. Los profesionales implicados son la Gestora de Cuidados del servicio y el personal de enfermería y auxiliar de enfermería del mismo, junto con la Coordinadora de la Unidad Integrada de Formación del hospital.
Descripción del problema/necesidades.
El Cuidador/a familiar queda incluido como usuario dentro de la cartera de servicios de Atención Especializada. La persona cuidadora pasa a ser percibida también como un usuario para los profesionales sanitarios, objeto de atención al igual que la persona a la que cuida. El bienestar del cuidador familiar influye directamente sobre los cuidados que proporciona a su familiar. ¿Qué estamos haciendo en nuestro servicio para asegurar este bienestar? ¿Qué opinión tienen las cuidadoras sobre el trato recibido por nuestra parte? ¿Qué se puede mejorar? ¿Se sienten las cuidadoras cuidadas por nosotros?
Desarrollo y soluciones aportadas.
Aprovechando el desarrollo de un proyecto de personalización de los cuidados enfermeros en nuestro servicio, a través de la Investigación Acción Participativa, identificamos la necesidad de cambiar aspectos de nuestra organización y atención diaria, para asegurar unos cuidados de calidad a nuestros pacientes y cuidadoras, y su bienestar. Estas necesidades se vieron confirmadas tras elaborar un cuestionario escrito a los usuarios, sobre el grado de satisfacción con la atención recibida en nuestro servicio. Los resultados fueron expuestos en sesiones clínicas y en el V Foro de cuidados realizado en noviembre de 08 en Almería.
Resultados obtenidos.
Se alcanzó un alto grado de sensibilización sobre este tema en los profesionales, y se empezaron a desarrollar grupos de trabajo con el fin de crear estrategias para el cambio de nuestra actuación y organización en el trabajo diario. De todas las planteadas, actualmente no se encuentran desarrolladas el 100% de ellas, pero se está realizando un nuevo cuestionario de satisfección a los pacientes y cuidadoras, para obtener resultados de las ya desarrolladas. Los resultados estarán listos para el congreso.
Lecciones aprendidas.
La principal lección aprendida es que la unión de la experiencia y reflexión de los profesionales sobre su trabajo diario, con la opinión directa de los usuarios, hace que las estrategias de mejora obtenidas en consenso tengan mejor aceptación por parte de ambas partes. Al no ser estrategias impuestas por alguien ajeno al servicio, hace que los resultados sean favorables y satisfactorios, teniendo como motor del cambio a profesionales y usuarios.

C-595

CONSULTA PREQUIRÚRGICA EN LA UGC DE ORL DEL HOSPITAL DE LA AXARQUÍA

ESCALANTE ALZA, JOSE LUIS; PÉREZ VAZQUEZ, ISABEL*; TORRES MURO, BEGOÑA; CORREA GUERRERO, ANTONIO; SALIDO MUÑOZ, REMEDIOS Y PARADIS MUÑOZ, ROSA.
Hospital Comarcal Axarquía

Palabras Clave: Consulta Prequirúrgica, Orl, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
Se establece una consulta previa a las intervenciones quirúrgicas programadas en la UGC de ORL del Hospital de la Axarquía. En la misma intervienen los facultativos y la enfermería de las Consultas Externas.
Descripción del problema/necesidades.
Aumentar la seguridad del paciente quirúrgico, facilitar la toma de decisiones compartidas y mejorar el rendimiento de los quirófanos: Mejorar la verificación de la identificación del paciente, y procedimiento quirúrgico. Mejorar la seguridad del uso de medicamentos Detectar previamente a la intervención riesgos por patología concomitante.
Mejorar la información y aumentar la confianza hacia el profesional. Evitar desprogramaciones quirúrgicas. Disminuir la ansiedad del día de la intervención en menores de 14 años
Desarrollo y soluciones aportadas.
En la consulta programada donde se establece la indicación quirúrgica, se le explica al paciente el procedimiento, se le hace entrega del consentimiento informado , se le piden las pruebas complementarias para la consulta preanestésica y se le comunica que previo a la intervención (una semANA antes) se le citara para una consulta prequirúrgica. En dicha consulta, conocerá al cirujano que lo va a intervenir, se aclararan las dudas sobre el procedimiento, se reevalua al paciente, y se chequean los resultados de la consulta preanestésica y tratamientos prescritos. Tambien se le informa de la fecha de intervención y de la estancia prevista. En el caso de los menores de 14 años, también se les invita en este momento a una visita a la planta de Pediatría.
Resultados obtenidos.
El porcentaje de visitas prequirúrgicas realizadas en la UGC es del 99% El porcentaje de visitas a la Planta de Pediatría es del 70% No ha habido reclamaciones en los últimos tres años relacionadas con falta de información de procesos quirúrgicos. El porcentaje de consentimientos informados en relación a los procesos que lo necesitaban es del 100% Hemos tenido un 2% de desprogramaciones quirúrgicas por enfermedad intercurrente en niños, habiendose evitado las desprogramaciones por rechazo del paciente.
Lecciones aprendidas.
Se ha aumentado de forma importante el grado de confianza del paciente yse han minimizado los riesgos asistenciales.

C-596

SEGURIDAD DEL PACIENTE. EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN.

Salcedo Leal I, ; Corrales Mayoral M, ; Malo de Molina MD ; Del Prado Llergo JR y Fdez-Crehuet Navajas R.
Hospital Reina Sofía

Palabras Clave: Farmaco, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
Una de las líneas de trabajo de la Comisión de Seguridad del Paciente del Hospital Reina Sofía de Córdoba, es recoger y analizar los Efectos Adversos relacionados con la medicación.

Descripción del problema/necesidades.
A lo largo del 2008, hemos detectado un total de 258 Errores de problema/ Medicación; los cuales se han analizado en función de los siguientes necesidades apartados: 1.Proceso de la cadena Fármacoterapéutica donde se
generan 2.Consecuencias /Gravedad 3.Persona que lo genera 4. Persona que lo detecta. Los resultados obtenidos han sido: Errores de dispensación 2,5%, de envío de Orden Médica 1,5%, de identificación del paciente 7,5%, de Monitorización del paciente/tratamiento 0,5%, de preparación y administración 12,5%, de preparación/dispensación 1%, de prescripción 40% de revisión de Orden Médica 0,5%, de trascripción 34%. Se pretendía minimizar los Efectos Adversos debido a errores de la medicación

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se inicio el proyecto como propuesta de la Comisión de Seguridad del Paciente, participando de manera colegiada el Servicio de farmacia Hospitalaria y la Subdirecciones Médica y de Enfermería. Se constituyó un Grupo de Trabajo que elaboro un registro de Efectos Adversos así un Plan de Comunicación y de Implantación.

Resultados obtenidos.
Los resultados cuantitativos están descritos en el apartado Descripción del problema. Estacamos los errores de la prescripción que alcanza el 40%. Como consecuencia de estos resultado, actualmente se esta pilotando en una planta de hospitalización el Proceso completo de preparación, prescripción y administración de la medicación

Lecciones aprendidas.
Una vez revisada la evidencia científica para la implantación de una línea den trabajo, conviene evaluar periódicamente los resultados obtenidos a fin de implantar medidas de mejora en función de dichos resultados. La aplicación de cualquier proyecto está condicionada por contexto en el que se desarrolla.

C-597

ANALISIS DE LA ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO AL ALTA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

LEAL ÁLVAREZ,M; DURO MARTÍNEZ,ANA MARIA; AGUADO MARTÍN,J; PRIETO CALLEJERO,A; CHECA AMARO,ML Y PÉREZ ENCINAS,M.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: IAM, Adecuación de Tratamiento, Beta-Bloquenates

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, en el Servicio de Farmacia, 3 enfermeras y 2 farmaceuticos en colaboración con 1 enfermera del Departamento de Calidad y Análisis de la Información.

Descripción del problema/necesidades.
La Subdirección General de Farmacia (SGF) incluye entre sus objetivos de calidad, que todos los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), reciban tratamiento al alta con Beta-Bloqueantes (BB), antiagregantes y estatinas, de acuerdo a la evidencia científica disponible. Por ello se analiza la adecuación de la prescripción de BB, antiagregantes y estatinas de los pacientes con diagnóstico al alta de IAM.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio observacional retrospectivo del total pacientes cuyo diagnóstico al alta fue IAM, entre el 1 julio y el 31 diciembre de 2008. Se identificaron los pacientes a través de los GRDs: 121,122, 123,549, 550, 808 y 853. La variable principal se define como el porcentaje de pacientes con al menos un medicamento de los tres grupos farmacológicos: BB, antiagregantes y estatinas; y como secundarias el porcentaje de pacientes con al menos un medicamento de cada uno de los tres grupos farmacológicos por separado. Se emplearon los informes médicos de alta y las historias clínicas de los pacientes.

Resultados obtenidos.
El nº de pacientes fue 120 (87 hombres), edad media de 65,82 años (DE: 17,24) y estancia media de 5,18 días (DE: 3,41). Comorbilidades previas al IAM, 82 pacientes presentaban HTA, 53 dislipemias y 34 diabetes mellitus; 42 pacientes eran fumadores activos en el momento del IAM y 37 exfumadores. 13 pacientes no fueron evaluables, 8 por éxitus y 4 por traslado. En 77/107 (72%) pacientes se prescribió al menos un medicamento de los 3 grupos farmacológicos. En 85/107 pacientes se prescribieron BB (79,4%), antiagregantes en 105 pacientes (98,1%) y estatinas en 99 pacientes (92,5%). En 22 pacientes no se prescribió ningún BB al alta, consecuencia de contraindicaciones a la prescripción:8 pacientes con EPOC, 4 con cifras tensionales bajas, 4 con bloqueo auriculoventricular y 3 con Fibrilación auricular. Tan sólo en 3 pacientes (15,78 %) no se objetivaron motivos de no prescripción de BB.

Lecciones aprendidas.
La adecuación de la prescripción de BB, antiagregantes y estatinas tras un IAM se considera elevada. Dado que la administración de BB mejora su supervivencia, debería extenderse su uso a la totalidad de los pacientes. Se hace necesario definir los grupos de pacientes con factores de riesgo para recibir estos fármacos y valorar el riesgo/beneficio con el fin de mejorar el cumplimiento.

C-598

PLAN DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA

Salcedo Leal I, ; Gómez Núñez I,; Torcello Gaspar R,; Romero Bravo A, ; Corrales Mayoral MT, y Diaz López C..
Hospital Reina Sofía

Palabras Clave: Plan Seguridad, Hospital,

RESUMEN

Contexto de partida.

Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Reina Sofía en consonancia con la Estrategia para la Seguridad del Paciente aprobada por la Consejería de Salud. Los profesionales implicados son de diferentes servicios y categorías profesionales del hospital, coordinados desde la Comisión de seguridad del Paciente.

Descripción del problema/necesidades.

Para dar una entidad propia a las diferentes líneas de trabajo en problema/ materia de seguridad del paciente se propone la elaboración de un necesidades Plan de Seguridad el Paciente del Hospital. El Plan recoge todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a las líneas de trabajo en Seguridad Clínica.
Se elabora un plan de trabajo a realizar desde la dirección médica y de enfermería de manera colegiada.

Desarrollo y soluciones aportadas.

La puesta en marcha del Proyecto conlleva los siguientes apartados: soluciones aportadas 1.-Creación de la Comisión de seguridad del paciente 2.-Se desarrolla un Plan de formación en Seguridad por institución docente externa para todos los miembros de la Comisión.3.-Se elaboran grupos de trabajo para emprender las líneas de trabajo de Contrato-Programa y se designan los responsables de las mismas.

Resultados obtenidos.

En diciembre de 2007 se reúne por primera vez la Comisión, constituyéndose la misma y elaborando los planes de trabajo en Infección nosocomial-lavado de manos, efectos adversos relacionados con medicación, identificación inequívoca de pacientes, bacteriemia zero, check-list quirúrgico.
Se ha realizado un curso de formación de 30 horas de duración para la metodología en seguridad clínica. Además de otros cursos y talleres en seguridad. Se ha implantado la pulsera identificativa como método de identificación inequívoca del paciente, para todos los pacientes hospitalizados y urgentes, está en fase de evaluación según las directrices del grupo de la Consejería.
La vigilancia y control de infecciones nosocomiales es llevada a cabo por el Servicio de Medicina Preventiva junto con la evaluación del programa de lavado de manos. Este servicio ha elaborado un Procedimiento Operativo de la política de aislamientos del Hospital. La Comisión de Infecciones tiene un feed-back permanente con la de seguridad.Las reacciones adversas a medicamentos y los errores en medicación han supuesto una recogida de 260 errores.

Lecciones aprendidas.

La Comisión de Seguridad del paciente ha implantado todas las líneas de trabajo marcadas por el Contrato-Programa para el año 2008.
También se han incorporado las líneas propuestas por el observatorio de seguridad del paciente como el proyecto Bacteriemia Zero y el check-list quirúrgico.

C-599

IMPLANTACIÓN DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA DE PACIENTES

SALCEDO LEAL I. ; GÓMEZ NÚÑEZ I.; JIMÉNEZ MURILLO L.; RUIZ GARCÍA A. ; CALDERÓN DE LA BARCA G. Y TORCELLO GASPAR R..
Hospital Reina Sofía

Palabras Clave: Identificación Inequívoca, Seguridad, Hospital

RESUMEN

Contexto de partida.

Uno de los objetivos del Contrato-Programa del SAS con los Centros Sanitarios es la identificación inequívoca de la ciudadanía. En el Hospital Reina Sofía se propone como una línea prioritaria de la Comisión de Seguridad del Paciente la implantación de la pulsera identificativa como herramienta para la identificación de los pacientes.

Descripción del problema/necesidades.

Uno de los principales problemas de seguridad clínica es la incorrecta identificación de pacientes. Esto cobra aún mayor relevancia si se trata de Centros Sanitarios que atienden a gran número de pacientes y con elevada complejidad en el manejo de técnicas diagnósticas y terapéuticas. La implantación paulatina de la pulsera identificativa pretende minimizar los efectos adversos derivados de la incorrecta identificación del paciente. Así como elaborar un procedimiento consensuado para llevar a cabo la implantación de manera homogénea en todo el Hospital.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar en el cual se elabora un Procedimiento Operativo Estandarizado para la implantación paulatina de la pulsera identificativa. Se compone de profesionales facultativos y de enfermería de los servicios de urgencias, documentación clínica y admisión. Todos ellos coordinados por la Comisión de Seguridad del Hospital. Se elabora un procedimiento operativo estandarizado cuyo alcance en una primera fase es: pacientes ingresados con carácter programado o urgente. Tras un Plan de Comunicación interna se implanta en las áreas definidas.

Resultados obtenidos.

Como resultado de este grupo de trabajo se implantó el procedimiento, y una vez detectadas determinadas incidencias, se elaboró una 2ª versión del mismo donde se daba solución a las incidencias detectadas tras su implantación.

Lecciones aprendidas.

La implantación de un procedimiento de trabajo aún estando consensuado por todos los servicios implicados necesita una evaluación continua para adaptarlo a las necesidades de nuestro entorno y los cambios que se vayan generando

C-600

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS FÍSICAS

CASANUEVA DE LA CRUZ, J; BARREDO CAÑIBANO, FJ; RODRÍGUEZ AGUIRRE, M; NEIRA, N; DE LA FUENTE, F Y GARCÍA, R..
H.U. Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: Tromboembolismo, Paciente Quirúrgico, Medidas Físicas

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Área Uirúrgica y en las plantas quirúrgicas. En el perioperatorio de los pacientes quirúrgicos. Anestesiólogos, Cirujanos y Personal de Enfermería quirúrgica y de planta.

Descripción del problema/necesidades.

Sobre la génesis de la Enfermedad tromboembólica en el Paciente Quirúrgico. Se les proporcionan unos medios físicos que actúan sobre uno de los desencadenantes de la emfermedad tromboembolica. Hay que considerar que el 50% de los casos de Trombosis Venosa Profunda, generados en el ámbito hospitalario, se pruducen en los pacientes quirúrgicos. La génesis de la trombosis es intra-quirúrgica.
Desarrollándose el 75% de las mismas en las primeras 48 del perioperatorio. Las medidas físicas actuarían sobre uno de los factores desencadenantes de la trombosis: EL ÉSTASIS VASCULAR(TRIADA DE VIRCHOW). El embolismo pulmonar es la tercera causa de muerte en los hospitales y supone un 4% de la mortalidad hospitalaria.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Las medidas físicas, de aplicación en las extremidades inferiores, que soluciones aportadas se pusieron en funcionamiento fueron: las Medias de Compresión Gradual y la Compresión Neumática Intermitente. Los efectos de ambas medidas se complementan y potencian,no sólo entre ellas, sino con las medidas farmacológicas.
Las medidas físicas se aplicaron a los pacientes una vez hubieran llegado a la zona de preanestesia. Su aplicación corre a cargo del personal de enfermería de la unidad. Estas medidas se mantienen: La Compresión Neumática Intermitente durante el tiempo que el paciente esta encamado. Las Medias de Compresión Gradual durante todo el tiempo de hospitalización del paciente.
Se impartió entre el personal de enfermeria, previamente a la implantación del protocolo, varias sesiones con el fin de enseñarles la Fisiopatogenia de la Enfermedad Tromboembólica y como actuan los Medios Físicos sobre la génesis de la misma. 1ª fase Informativa y Formativa a los estamentos implicados 2ª Fase de Implantación. Desde Junio del 2008 y de forma permanente

Resultados obtenidos.

Se han implantado dichas medidas en todos los pacientes quirúrgicos que cumplan los siguientes criterios: - duración de la cirugía superior a 1h - No presenten criterios de exclusión: a) arteriesclerosis avanzada, b) extremidad ulcerada, c) realización de cirugía en la extremidad, d) isquemia de la extremidad La cuantificación de sus efectos requiere años de valoración.

Lecciones aprendidas.

Son medidas de facil implantación, actúan sobre la génesis del problema, que existe y tiene consecuencias deletéreas y carece de efectos secundarios

C-601

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD:MONITORIZACIÓN DE INDICADORES PARA PROPORCIONAR CUIDADOS SEGUROS.

ROMERO HIDALGO, MJ.*; BELLIDO VARGAS, S.; GARCÍA MORENO, C.; CABRA PARRA, J; MORENO LÓPEZ,M Y PALOMO LARA, JC.
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: Indicadores, Enfermería, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

Unidad de hospitalización del servicio de digestivo del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Los profesionales implicados son enfermeros/as y Auxiliares de enfermería de dicha unidad. Los pacientes a los que se dirige el proyecto son los hospitalizados en dicho servicio.

Descripción del problema/necesidades.

La seguridad del paciente es una línea estratégica que está problema/ desarrollando el Hospital Virgen Macarena de Sevilla y su Área. Desde necesidades el servicio de digestivo nos propusimos establecer una línea de
trabajo que permitiese determinar el nivel de seguridad de los pacientes atendidos así como las medidas a implementar para aumentar la misma.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para ello se creó un grupo multidisciplinar para la elaboración del Plan de Seguridad y se hizo un análisis de situación mediante el uso de la matriz DAFO. Se llevaron a cabo varias reuniones durante el 2º semestre de 2008 y se diseñó tanto el plan de seguridad de la unidad como los indicadores a monitorizar en la unidad de hospitalización.

Resultados obtenidos.

Se ha desarrollado y se encuentra en fase de implementación un plan de seguridad que determina una serie de indicadores a medir, cinco de los cuales están incluidos en los objetivos de la unidad para 2009. 1.Monitorización de riesgos relacionados con la dispensación y administración de fármacos: -Elaboración de protocolos: fármacos de alto riesgo y registro de efectos adversos. -Implementación de registros: seguimiento de errores en la dispensación de fármacos Control de caducidades. -Notificación de errores: vía web, al servicio de farmacia. 2.Disminución de las infecciones nosocomiales: -Adherencia de los profesionales a los protocolos: lavado de manos, aislamiento respiratorio y aislamiento de contacto 3.Seguimiento de pacientes: -Pases de sala conjuntos: médicos- enfermería -Reubicación precoz de pacientes de digestivo ectópicos 4.Incidencia de caídas y lesiones. -Registro de incidentes con análisis de causa.
5. Incidencia de úlceras por presión
-seguimiento de úlceras por presión mediante el registro de curas.

Lecciones aprendidas.

La seguridad del paciente es un elemento esencial en la cartera de servicios enfermeros que brindamos en el área de Digestivo del Hospital Virgen Macarena. El seguimiento de los indicadores planteados y los que se desarrollarán en el futuro nos permiten monitorizar y controlar los riesgos asociados a los cuidados de enfermería que prestamos. Todo aquello que medimos nos permite conocer nuestra situación, compararnos con otros e ir mejorando.

C-602

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL (HGCR)

LAGOS PANTOJA, E.; CALAHORRA FERNÁNDEZ, L.; GARCÍA ROJO, M.; VERA ESPARTERO, J.M.; ARMENTEROS LECHUGA, M. Y LLORENTE PARRADO, C.
HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Palabras Clave: Sistema Identificación Pacientes, Seguridad, Pulsera.

RESUMEN

Contexto de partida.
El grupo de trabajo se creó en el HGCR, formado por la Unidad de Calidad y el Servicio de informática. Para la implantación del sistema se incorporaron las Direcciones Médica y de Enfermería, Servicio de Admisión, Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos y Servicio de Atención al Usuario. El objetivo de este proyecto es implantar un sistema de identificación inequívoca de pacientes

Descripción del problema/necesidades.
La identificación inadecuada de los pacientes es la segunda causa de errores en la atención especializada. Desde el Ministerio de Sanidad, Servicio de Salud y el HGCR se han iniciado políticas activas para fomentar la identificación inequívoca de pacientes. En el HGCR la identificación se hacía de forma irregular mediante brazaletes escritos a mano. No existía cultura en el uso de sistemas de identificación

Desarrollo y soluciones aportadas.
Este proyecto está financiado con Fondos Finalistas del Ministerio de soluciones aportadas Sanidad y Política Social. -Estudio previo: Se recopiló toda la información necesaria sobre dispositivos de identificación de pacientes (justificación de uso, tipos de brazaletes, sistemas para incluir datos, posibilidad de incluir códigos de barras o sistemas de radiofrecuencia, experiencias en otros hospitales, costes, posibilidades de implantación). Con el servicio de informática se valoró la posible integración de las impresoras de etiquetas con los sistemas de información del hospital -Definición del sistema y del alcance: se optó por brazaletes de impresión térmica directa, siendo el ámbito de aplicación:pacientes hospitalizados, atendidos en Urgencias e intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria -Implantación: 1 Se ha realizado un protocolo de implantación en el que se explica la parte práctica de la impresión y colocación del brazalete 2 Integración con sistemas de información 3 Instalación de dispositivos -Difusión: se hizo a través del portal del empleado, sesiones generales, sesiones de enfermería, acciones formativas, gabinete de prensa. -Evaluación: se evaluó mediante un indicador de cobertura (% de pacientes adecuadamente identificados en los ámbitos elegidos)

Resultados obtenidos.
Se ha logrado la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes. Se presentan los resultados del indicador a fecha 15 de septiembre de 2009

Lecciones aprendidas.
-Se desestimó el uso de radiofrecuencia debido a su elevado coste y poca experiencia en el ámbito sanitario -Las impresoras no imprimen simultáneamente pulseras adultas y pediátricas por lo que se ha tenido que aumentar el número de impresoras -Limitación en la identificación especial para pacientes alérgicos

C-603

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL EDIFICIO EN UN HOSPITAL COMARCAL

RUIZ ALVAREZ, ESTEBAN ; VALVERDE CITORES, RM; FERNÁNDEZ DE LECEA ARREGUI, A; AGUIRRE ALBERDI, L.; LANDALUCE LAUZURICA, JI Y JAUREGUI CELAYA F.
Hospital de Zumarraga

Palabras Clave: Accesibilidad, Atención Dirigida al Paciente, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.
El Trabajo se desarrolló en el Hospital de Zumarraga que fue construído hace más de 25 años y que está en los últimos años en constante remodelación. Se contó con la participación del Jefe de Mantenimiento, un representante de la dirección y el coordinador de calidad.

Descripción del problema/necesidades.
Lo que se pretende con este trabajo es conocer si cualquier persona, problema/ independientemente de la edad o grado de capacidad, puede acceder necesidades al hospital. No hablamos de listas de espera por ejemplo, sino de la facilidad en el acceso físico al edificio, del cumplimiento de los requisitos DALCO (Deambulación, Aprehensión, Localización, Comunicación) así como de garantia de la seguridad del paciente/usuario dentro del hospital cuando viene a utiliar los servicios sanitarios.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se desarrolló siguiendo el “Cuestionario de Accesibilidad en efidicios públicos (Parte II) basado en la Norma UNE 170001-2. El proyecto se desarrolló en tres fases: 1ª. Se difundió el cuestionario entre las tres personas que iban a realizar la evaluación con el objeto de identificar preguntas que pudieran no tener sentido en nuestra organización. 2ª. Reunión para la realización del cuestionario. Antes de comenzar se acordó descartar un 5,8% de las preguntas del cuestionario. Mientras se iba realizando el cuestionario, se vió la necesidad de realizar visitas concretas al edificio para comprobar si las respuestas en las que se estaba pensando eran correctas o no. Esto ocurrió en el 11,3%. 3ª. Análisis, evaluación e identificación de acciones a corregir y/o mejorar.

Resultados obtenidos.
El resultado de la evaluación no dió que en el 64,10% el hospital de adecuaba a los requisitos legales y/o recomendaciones que la norma UNE 170001-2 hace. Se identificaron 21 acciones correctivas y o de mejoras de las cuales alrededor del 80% no ofrecían problemas para su resolución puesto que ni siquieran suponen grandes costes. Otras (12%) debido a la antigüedad del edificio tenían difícil y muy costosa solución. El resto estaban asociadas a la formación y competencias de los profesionales de nuestro hospital.

Lecciones aprendidas.
El resultado de la evaluación nos hace reflexionar sobre la necesidad de tener en cuenta a TODOS los pacientes/usuarios que llegan a nuestras organizaciones sanitarias a la hora del diseño de las mismas. Hemos de dotar a los profesionales de competencias para saber como interactuar con todos los clientes en nuestras organizaciones. Las organizaciones deben saber que el trato y la comunicación con el usuario tiene que tener en cuenta: diversidad, autonomía, dignidad, seguridad y compatibilidad.

C-604

ESTRATEGIA DE FOMENTO DEL LIDERAZGO DE SUPERVISORES PARA LA APLICACIÓN DE LA ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA

MARIA JESUS ALBAR MARIN Y MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Investigación en Enfermería, Liderazgo, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.

En el Área Hospitalaria Virgen Macarena, se está llevando a cabo, desde la Unidad de Investigación, una estrategia con los supervisores de enfermería de hospitalización para aplicar los resultados de la evidencia científica en sus unidades asistenciales.

Descripción del problema/necesidades.

Tradicionalmente, los supervisores han observado, a través de su experiencia, la variabilidad en la práctica de los profesionales y en la utilización de los recursos, con el consiguiente aumento del gasto sanitario. En este sentido, el desarrollo de la práctica basada en la evidencia, supone incrementar la seguridad del paciente y la capacidad crítica de los profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Participaron 8 supervisores. Fases: 1º captación de un grupo de supervisores interesados en el fomento de la investigación y la enfermería basada en la evidencia; 2º grupos de discusión con los supervisores para diseñar la estrategia de aplicación de la evidencia en las unidades. Identificación de barreras y facilitadores; 3º reuniones entre los supervisores y los profesionales de sus unidades para priorizar las situaciones problemáticas y de variabilidad en la práctica enfermera, susceptibles de aplicar la evidencia científica; 4º asesoramiento para dimensionar el problema elegido (incidencia y factores relacionados); 5º aportación desde la Unidad de Investigación, de la mejor evidencia disponible a los supervisores, para su discusión en las unidades, 6º elaboración de soluciones a los problemas planteados basándose en la mejor evidencia disponible; 7º implementación de las intervenciones diseñadas; y 8º evaluación de los resultados obtenidos.

Resultados obtenidos.

Se realizaron grupos de discusión con los supervisores, y reuniones en las unidades para priorizar prácticas susceptibles de revisar. Se identificó que de todos los procedimientos, el que introducía mayor variabilidad era la canalización y mantenimiento de vías periféricas. Se elaboró un registro para medir el problema, y a continuación, una búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas sobre esta cuestión. Actualmente, se está procediendo en las unidades a revisar las evidencias aportadas, y a priorizarlas.

Lecciones aprendidas.

La promoción del liderazgo en los supervisores para aplicar la práctica basada en la evidencia, supone introducir el análisis crítico de la práctica habitual y capacitar a los profesionales en la utilización de la evidencia disponible. Esto repercutirá en la seguridad de los pacientes y en la consolidación de los cuidados.

C-605

LA SUPERVISIÓN Y LA INTERCONSULTA ENFERMERA: INSTRUMENTOS PARA PROPORCIONAR CUIDADOS SEGUROS A PACIENTES HEMATOLÓGICOS

Montiel Saldaña, M; Palomo Lara, JC.; Estévez Badillo, R; Rodríguez Ortega, C.; López Ramírez, E. y Prieto Guerrero, M.
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: Interconsulta, Enfermería, Hematología, Cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla. El profesional de enfermería implicado es la supervisora de enfermería (gestora de cuidados)de la Unidad de Gestión Clínica de Hematología y las enfermeras de la 8ª D.

Descripción del problema/necesidades.

Los pacientes hematológicos son atendidos en tres espacios muy concretos: consultas, hospital de día y unidad de hospitalización (8ª D). La ubicación de pacientes en otras áreas del hospital obedece a dos razones: Estudio por otra especialidad que pasan a pertenecer a hematología por un nuevo diagnóstico médico. Ingreso en otro servicio por no disponer puntualmente de una cama en el ámbito geográfico de la UGC.

La especificidad de los cuidados a administrar requiere de personal especializado disponible, independientemente de la ubicación física del paciente; por ello, era necesario establecer un procedimiento que permitiese proporcionar cuidados seguros a pacientes hematológicos en todo el hospital. Detectamos el requerimiento, con cierta frecuencia, de profesionales de enfermería que atendía esporádicamente a éstos pacientes, sobre el manejo adecuado de los reservorios, heparinización de portales o sobre retirada de infusores. Ello nos llevó a plantear el proyecto en cuestión.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se estableció un procedimiento de interconsulta de enfermería soluciones aportadas mediante el cual , en una primera fase, la supervisora daba una respuesta asistencial a los requerimientos de cuidados especializados a pacientes de la UGC ubicados en otros servicios. La demanda y la actividad realizada se registra en una base de datos.

En una segunda fase, la interconsulta se ha hecho extensiva a las enfermeras de la 8ª D.

Resultados obtenidos.

Se ha establecido un procedimiento de interconsulta de enfermería para pacientes de la UGC.

Se atiende la demanda las 24 h del día: de 8h a 15h por parte de la supervisora y de 15h a 8h (las 24h festivos y fines de semana) por el personal de turno de la unidad de hospitalización. Desde la puesta en marcha del proyecto (junio 2008), más de 80 pacientes se han beneficiado del mismo.

Hemos detectado las necesidades de formación en el manejo de infusores, reservorios, admón. de medicación en el resto del área de hospitalización.

Lecciones aprendidas.

Los cuidados de enfermería seguros y de calidad a pacientes de la UGC pueden llevarse a cabo si adaptamos el sistema a las necesidades de los mismos. Las necesidades de formación de los profesionales nos lleva, en una tercera fase, a mejorar la intervención con éstos pacientes en el área de urgencias.

C-606

VALIDACIÓN DE DOS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

GONZÁLEZ RUIZ JM; SEBASTIÁN VIANA, T; NUÑEZ CRESPO, F; GADEA ROMERO, G; LEMA LORENZO, I Y MARTIN MERINO, G.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: ÚPP, Escalas, Prevención, Sensibilidad, Especificidad

RESUMEN

Contexto de partida.

La seguridad del paciente constituye una de las estrategias prioritarias para el sistema sanitario, tal y como se recogen en el Plan de de Calidad del Sistema Nacional de Salud y donde las UPP por primera vez se hacen evidentes y se presentan como un evento adverso prevenible ligado a la asistencia sanitaria. La prevención debe ir ligada a una detección de la población de riesgo.

Descripción del problema/necesidades.

Para su prevención es fundamental aplicar escalas de valoración de riesgo validadas. Los estudios no son concluyentes en cuanto a la validez de estas. En el marco del proyecto FIS PI070873 y del proyecto de implantación de practicas seguras Implantación de prácticas seguras para la prevención de úlceras por presión (BOE nº 10 de 12 de Enero de 2009), se han evaluado dos escalas de valoración de riesgo.

Las escalas de Braden y de Norton.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizo un estudio observacional propospectivo de los pacientes soluciones aportadas ingresados en un hospital de agudos en hospitalizaciones médicas y quirúrgicas, con medición simultánea con las dos escalas por un observador externo con formación y experiencia contrastada en el manejo de pacientes ulcerados y de ambas escalas.

Se ha medido la correlación entre ambas escalas y se ha calculado sensibilidad, especificidad y Area Bajo la Curva de ambas escalas El periodo de estudio fue desde diciembre de 2008 hasta marzo de 2009.

Resultados obtenidos.

Se han estudiado un total de 931 pacientes a los que se les ha realizado de 4487 evaluaciones. De estas evaluaciones solo se han seleccionado las puntuaciones no repetidas en el mismo paciente.

42 pacientes presentaron UPP (4,5 % de prevalencia).

La correlación entre ambas escalas es de 0,669 con una significación de 0,01 Se calculo La curva ROC (Receiver Operating Curve) en ambas escalaspresentando las siguientes Áreas Bajo la Curva (ABC) : Escala de Norton= 0,853 Escala de Braden= 0,835.

Lecciones aprendidas.

En nuestro estudio ambas escalas han presentado buena capacidad predictiva para evaluar el riesgo de UPP, siendo ligeramente mejor la escala de Norton.

Es necesario utilizarlas para adaptar las medidas preventivas según el riesgo que tengan.

C-607

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE CIRUGÍA EN LUGAR ERRÓNEO

REBOLLO H; CASANUEVA J; SANCHO R; VALVERDE G; VAREA M y G FLEITAS M.
Servicio Cántabro de Salud

Palabras Clave: Cirugía Segura, Eventos Adversos, Quirurgicos

RESUMEN

Contexto de partida.

La implantación se inicia en el servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel con 30 cirujanos y más de 10 residentes y cerca de 5000 intervenciones al año. La elaboración del protocolo se coordina desde la Comisión de Seguridad y se realiza por un grupo multidisciplinar

Descripción del problema/necesidades.

El protocolo cubre la necesidad de prevenir cirugías en lugar erróneo. No hay cirugía exenta de riesgo pero sabemos que muchos podrían prevenirse. La cirugía en lugar equivocado es un problema de relevancia tanto por las graves implicaciones que tiene para el paciente y su entorno, como por su importancia en el ámbito mediático y legal. La American Academy of Orthopaedic Surgeons calcula que un cirujano tiene un 25% de probabilidad de realizar una cirugía en un sitio erróneo en 35 años de profesión.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realiza en un grupo multidisciplinar compuesto por personal de soluciones aportadas enfermería de Hospitalización, Medicina Preventiva, Quirófano y Admisión y Facultativos de M. Preventiva y Anestesiología. Tras la aprobación de la Comisión de seguridad el protocolo se presenta a los servicios implicados y se realizan talleres informativos en las unidades de hospitalización, reanimación y hospital de día quirúrgico. El protocolo recoge datos del paciente y tipo y localizacion de la intervencion y los datos de los profesionales que verifican la información Resultados obtenidos El protocolo es cumplimentado por los distintos profesionales la mañAna de la cirugía. Se marca el sitio de la cirugía con un SI con rotulador permanente en la unidad de ingreso. La cumplimentación definitiva se hace en la preanestesia donde se realiza la verificación final por la enfermera de preanestesia, el cirujano y el anestesiólogo Tras un pilotaje de tres meses se hará un estudio para analizar el grado de cumplimentación, escuchar observaciones y comentarios y dar paso a la implantación generalizada

Lecciones aprendidas.

Es necesario motivar al personal a través de la cultura de seguridad e implicar a todos los actores que participan en los pasos del proceso de la cirugía desde el ingreso al alta para poder garantizar el cumplimiento de protocolos de verificación que garanticen una cirugía segura.

La participación activa de los directivos es fundamental para evitar conflictos de responsabilidad en los diferentes estamentos.

El seguimiento y la retroinformación de la situación de la nueva práctica segura ayuda a la motivación por parte del personal para cambiar hábitos de trabajo.

C-608

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA ANTE SITUACIONES DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA: BOTÓN DE PÁNICO

BUSTINDUY BASCARAN, A; HERRÁNZ GONZÁLEZ, J; GONZÁLEZ LOMBIDE, E; RODRÍGUEZ AZURMENDI, E Y ODRIOZOLA YARZA, N.
Comarca Ekialde -Osakidetza

Palabras Clave: Seguridad, Personas, Agresiones

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó en Comarca Ekialde con un grupo formado por miembros de la Dirección, de la Unidad de Gestión Sanitaria e Informática.

Descripción del problema/necesidades.

problema/ En los últimos años se viene detectando un aumento de las situaciones de riesgo en consultas y Áreas de Atención al Cliente de los centros de salud. En la sociedad en general la percepción de riesgo se ha visto incrementada en los últimos tiempos, percepción que se extiende a los profesionales. El hecho de que en las consultas se encuentre el sanitario a solas con un paciente puede derivar en una situación de indefensión ante una amenaza o agresión potencial. Los profesionales vienen demandando desde hace tiempo un sistema de alerta discreto y eficaz que avise al resto de compañeros cuando se produce una situación de riesgo. Descartando todos aquéllos que producen sonido, luz o cualquier movimiento que pueda ser percibido por el potencial agresor, nos hemos centrado en aquél que utiliza la herramienta de uso habitual durante la consulta como es el ordenador.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto ha seguido: soluciones aportadas Diseño de un proyecto adecuado a nuestras necesidades.
Elección del icono "botón de pánico" Colaboración con la Organización Central para creación de un software necesario. Introducción del script del icono en todas la UAP Realización de una prueba piloto en 2 centros de la Comarca Comunicación a través de intranet, correo electrónico y Osabide a todos los profesionales de la nueva herramienta y de su manejo Evaluación y revisión de su funcionamiento

Resultados obtenidos.

La percepción de las personas respecto a la implantación de un sistema que ayude a alertar a los compañeros frente a las situaciones de riesgo se ha recogido a través de los Jefes de las U.A.P. Ha sido altamente positiva y se han recibido agradecimientos tras su despliegue, así como algunas sugerencias para mejorar el sistema.
Transcurrido un año desde su implantación se procederá a su evaluación a través de la encuesta de Personas de 2009.

Lecciones aprendidas.

Se ha logrado un sistema ágil, rápido y de fácil manejo para los profesionales, que funciona pulsando un icono visible en el escritorio.
Cada Centro puede adaptar el protocolo de actuación a sus propias características. El sistema incrementa la seguridad y satisfacción de los profesionales al dar respuesta a una demanda que se venía produciendo desde hace tiempo. Considerando la sencillez requerida para la implantación del sistema de alerta ante situaciones de riesgo y la seguridad que puede aportar a los profesionales, recomendamos su utilización generalizada en las consultas y difererentes áreas de A.P.

C-609

EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE DESNUTRICIÓN EN EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

DEL RÍO MATA, J.; BERNAL LOSADA, O.; CONEJO GÓMEZ, C.; GERIBES HERNANDIS, M.; MARTÍNEZ REINA, A. Y FERNÁNDEZ MORALES, E..
Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Palabras Clave: Malnutrición, CMBD, Registro, CIE-9-MC

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto realizado en el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, con datos referidos al Sistema Nacional de Salud (SNS)

Descripción del problema/necesidades.

La malnutrición relacionada con la enfermedad (MRE), también problema/ llamada desnutrición hospitalaria, afecta, de acuerdo con los datos necesidades publicados, al 30%-50% de pacientes hospitalizados, con importante
repercusión en morbimortalidad y costes. En 2004 se inició una línea de colaboración entre las Sociedades Españolas de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) y de Documentación Médica (SEDOM), constituyéndose un grupo de trabajo con los siguientes objetivos: -Unificar criterios sobre clasificación y codificación -Concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del problema. -Promocionar el registro adecuado en el CMBD El resultado se concretó en un documento editado en las web de ambas sociedades, con amplia repercusión en ámbito nacional y europeo. El impacto sobre el CMBD no ha sido medido y es el objeto del presente proyecto

Desarrollo y soluciones aportadas.

A partir de datos facilitados por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, relativos al CMBD del SNS, se ha realizado un análisis descriptivo del registro de diagnósticos de desnutrición (códigos 260 a 263.9) o procedimientos relacionados (códigos 96.6 y 99.15) entre 2003-2007, desagregado por Comunidad Autónoma y tipo de hospital. Se han analizado: Diagnósticos y procedimientos registrados y su asociación. Nivel de inespecificidad: porcentaje de código CIE-9-MC 263.9 sobre el total de diagnósticos

Resultados obtenidos.

Las altas con algún código diagnóstico de malnutrición pasaron de 1,11% en 2003 (0,09% País Vasco - 3,51% Madrid) a 2,55% en 2007 (0.13% País Vasco-9,66%-Aragón). Las altas con código de diagnóstico y procedimiento en el mismo registro pasaron de 0,07% en 2003 (0,01% Cantabria-0,27% Madrid) a 0,14% en 2007 (0,01% La Rioja-0,37% Madrid). El nivel de inespecificidad descendió del 62,91% en 2003 (89,74% Aragón-35,73% Canarias) al 56,74% en 2007 (91,24% La Rioja19,90% Aragón)

Lecciones aprendidas.

La tasa de notificación ha aumentado en el CMBD, aunque aún está lejos de las publicadas. El número de diagnósticos registrados sin procedimiento asociado y el de procedimientos sin diagnóstico es muy elevado. Aunque el nivel de inespecificidad ha descendido, está por encima del 50%. Al haber trabajado con datos agregados no fue posible analizar la casuística asociada a MRE. Este aspecto será estudiado con datos de 2008 (aún no disponibles) y sus resultados se presentarán en el Congreso

C-610

TRAZABILIDAD FINAL DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN POR AUTOCLAVES

ANA COUTO; TERESA CARRLLO Y FRANCISCO IZQUIERDO.
Capio Clideba

Palabras Clave: Trazabilidad, Proceso Esterilización

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el área quirúrgica de Capio Clideba y estuvieron implicados el área quirúrgica, farmacia y informatica

Descripción del problema/necesidades.

Se imponia realizar la trazabilidad final de la esterilización de reutilizables por autoclave, sin necesidad de espacio adicional y sin costes adicionales de modo a garantizar la seguridad y la calidad de la esterilización de productos reutilisables. Se hizo una analisis SWAT

Desarrollo y soluciones aportadas.

Con los resultados de la analisis SWAT el área quirúrgica, farmacia y informatica aportaron la solución que se implementó por 3 fases: información/formación del personal de qx, reestructuración de las pegatinas y informatización

Resultados obtenidos.

Se ha conseguido la trazabilidad final de los productos reutilizables esterilizados por autoclaves de vapor y de formol. Estamos en fase de seguimiento pero se ha verificado ya que podemos seguir la trazabilidad a partir de una incidencia aislada. Este sistema también nos ayuda a contabilizar el nº de horas de trabajo y los programas de los autoclaves

Lecciones aprendidas.

Que merece la pena reunir equipos de diferentes áreas y diferentes experiencias para conseguir un objetivo. Se puede transmitir que mejorar la calidad no significa obligatoriamente grandes cambios ni grandes inversiones de capital

C-611

HIGIENE DE LAS MANOS EN ATENCION PRIMARIA

JUAN CARLOS ARIAS JIMENEZ; ANTONIO BAEZ CABEZA; Mª LUZ MANCHA PARRILLA; DOLORES VALDIVIA ESCALANTE; RAFAEL PAEZ VALLE Y ALMUDENA SALCEDO GÓMEZ.
SAN PEDRO ALCANTARA

Palabras Clave: Seguridad, Mano, Acreditación, Calidad.

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en Unidad Clínica de San Pedro Alcántara , perteneciente al distrito sanitario costa del sol .Se trata de un trabajo en equipo donde han participado directivos , facultativos ,dues ,y Aux. enfermería del equipo de atencion primaria y técnicos del distrito sanitario costa del sol.

Descripción del problema/necesidades.

las infecciones asociadas al medio sanitario son una causa importante de mortalidad en todo el mundo. Es la primera medida para reducir las infecciones nosocomiales y la propagación de microorganismo, potenciando la seguridad del paciente en todos los ámbitos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Solicitar a la agencia de calidad distintivo de manos seguras. En el año 2008 mediante un trabajo multidisciplinar, coordinado por el equipo directivo de la unidad clínica se trabaja de forma conjunta para conseguir dicho proyecto : se estudia necesidad y se pone en practica manual H. de manos que incluye las siguientes fases: 1.Entorno seguro que facilite la higiene de manos 2. Formación en H .de manos 3.Seguimiento sobre las recomendaciones de las manos 4.Paciente y familia en la mejora de higiene de manos 5.Resultados alcanzados

Resultados obtenidos.

Diciembre 2008 auditoria agencia calidad obteniendo : 1Se obtiene acreditación agencia calidad Estandar mayor del 75 % en todos los criterios de evaluación necesarios para la practica de higienes de manos (MANOS SEGURAS). 2Actualmente se continua con el seguimiento ,ampliándolo a los consultorios y a otras áreas de la zona (rehabilitación).

Lecciones aprendidas.

El equipo es mas conciente de que la higiene de manos es la primera medida para reducir las infecciones nosocomiales y la propagación de microorganismos, potenciando la seguridad del paciente en todos los ámbitos.

C-612

PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL AREA QUIRURGICA

NAVARRO GARCÍA, Mª V.; CORDERO PONCE, M.; DOCOBO DURANTEZ, F.; GALAFATE ANDRADES, Y.; DEL TRIGO ZAMORA, J.R. Y ARANCE GARCÍA, M.
H. Duques del Infantado (HHUUVR)

Palabras Clave: Seguridad Clínica, Evento Adverso, Amfe

RESUMEN

Contexto de partida.
Siguiendo las líneas estratégicas impulsadas por la Consejería de Salud, en el Hospital Duques del Infantado, que pertenece a los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, un grupo de profesionales detecta la necesidad de elaborar un plan de mejora en la seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico:CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria).
Descripción del problema/necesidades.
La actividad sanitaria se ha convertido en una actividad muy compleja, problema/ en parte debido al elevado desarrollo de la tecnología y a las necesidades numerosas decisiones y opiniones profesionales que intervienen en el
proceso. Tales circunstancias entrañan riesgos potenciales que pueden desembocar en eventos adversos y complicaciones añadidas en la recuperación de los pacientes tanto en el ámbito de la salud (prolongación de estancia hospitalaria, lesiones incapacitantes, etc) como en el económico-social (costes añadidos, pensiones anticipadas, pérdida de confianza en el sistema, etc). Para prevenir la incidencia de eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente se decide hacer un análisis proactivo del problema mediante la aplicación de la metodología AMFE (Análisis Modal Fallos Efectos).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se hace necesario sensibilizar y formar al resto de profesionales que trabajan en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del hospital Duques del Infantado para desarrollar las distintas fases del proyecto: identificar riesgos, proponer y establecer medidas de mejora y calcular el riesgo existente tras implantación de dichas medidas así como incluir registros que faciliten la monitorización de indicadores de calidad.
Resultados obtenidos.
-Sensibilización y formación de profesionales sobre seguridad del paciente. -Realización de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) para determinar la priorización de las -actuaciones en función del riesgo y gravedad de los posibles eventos adversos. -Creación de registros que facilitan la monitorización de las mejoras aportadas.
Lecciones aprendidas.
La Seguridad Clínica implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que pueden acontecer, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia. Difundir y hacer partícipes a los profesionales contribuye a incrementar el grado de implicación, responsabilidad, confianza y satisfacción relacionada con la seguridad del paciente.

C-613

CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS CLINICAS

ESCOLANO FERNÁNDEZ B; MAIZ JIMENEZ M*; GODOY GUERRERO M; GONZÁLEZ BENITEZ M; LUQUE AMADO C Y RUIZ CANTERO A.
Hospital de la Serrania

Palabras Clave: Insuficiencia Cardiaca, Guías Clínicas

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se realizó en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro con la colaboración de todo el personal médico
Descripción del problema/necesidades.
Nos planteamos este estudio para comprobar si en la prescripción de problema/ fármacos al alta seguimos las recomendaciones actuales de las guías necesidades vigentes
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un estudio descriptivo de todos los pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada entre enero de 2006 y junio de 2008. Se evaluaron las frecuencias de prescripción de betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA-II), diuréticos de asa, espironolactona, digital, amiodarona, antiagregantes y anticoagulantes orales, al alta, así como la relación entre éstas y la edad, por un evaluador independiente al médico responsable del paciente.
Resultados obtenidos.
Se incluyen 603 pacientes (313 mujeres y 290 hombres), con edad media de 76,73 +/- 8,87 años. La estancia media fue de 11.01 +/7,89 días. Los totales y frecuencias de prescripción de fármacos fueron los siguientes: digoxina 128 (23,4%), IECAs 290 (57,3%), ARA II 144 (26.5%), IECAs y/o ARA II 429 (78,9%), diuréticos de asa 485 (89,3%), betabloqueantes 261 (48,2%), amiodarona 43 (7,8%), anticoagulantes 206 (35,2%) y antiagregantes 238 (43,4%). Al analizar la utilización o no de éstos fármacos en relación con la edad observamos que en los mayores de 75 años no se prescribían menos que en los menores de forma significativa.
Lecciones aprendidas.
En las guías clínicas existen indicaciones claras sobre el uso de diuréticos, IECAs ó ARA-II y betabloqueantes, por la mejoría en los síntomas y/o el pronóstico. En el momento del alta encontramos que no se siguen al 100% las recomendaciones actuales. Se ha planteado incluir en los informes al alta la presencia de efectos adversos o contraindicaciones que llevan a no indicar los fármacos anteriormente descritos. Deberían existir recomendaciones específicas para la población senil.

C-614

DESVIACIÓN DE LOS PROTOCOLOS FARMACOTERAPÉUTICOS PARA PROCESOS ESTÁNDAR EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I.; LEÓN MUÑOZ, V.; VALIENTE BORREGO, F.; ALBARRACIN MARINBLAZQUEZ, M. Y CAÑAVATE GEA, J..
HOSPITAL VEGA DEL RIO SEGURA

Palabras Clave: Prescripción Electronica, Protocolización, Cirugía, Traumatología, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio observacional prospectivo en un hospital comarcal(142 camas).El servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica cuenta con prescripción electrónica y dispensación en dosis unitaria. Este sistema de prescripción ha sido reconocido,frente al tradicional como una herramienta básica para mejorar la seguridad y la eficiencia durante el proceso de utilización de medicamentos, disminuyendo los errores de medicación

Descripción del problema/necesidades.

Los protocolos son recomendaciones que pretenden estandarizar cuidados, mejorando la seguridad y la calidad de la asistencia, frente a la variabilidad.Se pretende analizar adecuación de los protocolos implantados en 3 procesos quirúrgicos asistenciales: prótesis de rodilla, fractura de cadera y descompresión de raquis lumbar.El tratamiento debe contemplar antitrombosis, analgesia, antibióticos, antiemesis y antiinflamatorios según la cirugía realizada y el tiempo de estancia.La protocolización puede mejorar la seguridad y la eficiencia durante el proceso de utilización de medicamentos. Se analizaron los protocolos “pauta 1 o pauta genérica” y “raquis” para valorar su adecuación a las necesidades del paciente, y de los profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Durante el primer trimestre de 2009 se recogieron desde farmacia los soluciones aportadas datos de los pacientes a los que se les prescribieron los protocolos y las modificaciones en los fármacos incluidos (si se producían):1(Aumento de dosis)2(reducción de dosis)3(medicamento añadido)4(medicamento eliminado antes de la suspensión automática)5(cambio de especialidad)6(medicamento prescrito mas tiempo del protocolizado).Salvo el autor colaborador (cuyas intervenciones se excluyeron)el resto de prescriptores desconocían el estudio.

Resultados obtenidos.

SE INCLUYERON 101 PACIENTES (MEDIANA DE EDAD 65 AÑOS):74 TIPO “PAUTA
genérica” y 28 tipo “pauta raquis”.Pauta genérica:56,8% con algún tipo de modificación.Pauta raquis: desviaciones en el 46,4%.Se produjo un cambio cada 6,48 días (pauta raquis),y cada 4,8 días (pauta genérica).El tipo de modificación más repetida fue la adición de medicación no incluida inicialmente.Los grupos terapéuticos con más cambios fueron analgésicos (24%), antiinflamatorios (20%) y antibióticos (19%).

Lecciones aprendidas.

Los protocolos diseñados se adecuan a las necesidades casi en la mitad de los casos, especialmente en el tratamiento del dolor, antiinflamatorios y antibioterapia.
Puede que sea necesario añadir medicación analgésica no contemplada en los protocolos para este tipo de intervenciones Se hace preciso diseñar un ciclo de mejora que optimice el uso de estos protocolos

C-615

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA. EXPERIENCIA INICIAL

ANNA CAPELLA; ANTONIO CRUZ; ANA DOMENECH; EMPAR GARCÍA; GABRIEL GIL Y PERE GRIS.
Hospital de sant Boi

Palabras Clave: Seguridad de Prescripción

RESUMEN

Contexto de partida.

El grupo de trabajo de vigilancia antibiótica del Hospital de Sant Boi ha trabajado en el último año en la elaboración e implantación de la Guia de Antibióticos del centro , está formado por : Facultativos especialistas en : farmacia, microbiología, medicina interna y cirugía general ; además de enfermería de infecciones .

Descripción del problema/necesidades.

Desde la implantación del nuevo programa de prescripción farmacológica se han detectado el uso de antibioticos de uso restringido aumentando así la posibilidad de resistencias antibioticas posteriores. Se decide hacer un seguimiento de los cultivos microbiológicos y contrastarlos con la prescripción con cambio de medicación si es necesario.Se han cuantificado las intervenciones y distribuido por tipo de infección y tipo de antibiótico.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Mediante reuniones periódicas el grupo ha contrastado la información microbiológica con la prescripción , se ha cambiado en antibiótico si era necesario . Se han realizado sesiones informativas al personal asistencial del proyecto y estamo en la fase de recogida de datos para poder hacer una nueva fase de sesiones informativas con los resultados.

Resultados obtenidos.

Des de hace tres meses se han revisado 400 órdenes médicas con algún antibiótico prescrito. De éstas, 342 (85,5%) han sido consideradas adecuadas y 58 (14,5%) han precisado de alguna intervención por parte del grupo multidisciplinar, que ha sido aceptada por parte del clínico en 43 casos, lo que significa un seguimiento de las orientaciones del 74,14%. De los 58 casos revisados, 14 (24,15%) fueron bronquitis agudas, 12 (20,68%) infecciones urinarias complicadas y no complicadas, 9 (15,52%) infecciones abdominales, 5 (8,62%) infecciones osteoarticulares, 5 (8,62%) infecciones de piel y tejidos blandos, y 3 (5,17%) neumonías. Los 10 (17,24%) casos restantes corresponden a otras infecciones. En 42 casos de los 58 (72,41%) se han solicitado estudios microbiológicos para dirigir el tratamiento antibiótico. Si nos centramos en la antibioticoterapia, en 27 (46,55%) de los casos revisados, se han prescrito antibióticos de uso restringido y en 31 (53,45%) antibióticos de uso libre, según la clasificación reflejada en la política de antibióticos del hospital.

Lecciones aprendidas.

Destacamos que el 15% de las prescripciones de antibióticos precisaron de intervención. El resultado de las intervenciones en la prescripción de antibióticos representa una mejora claracon un número de prescripciones correctas del 96,25%. Esta actuación representa una mejora en la seguridad del paciente y una disminución de estancia hospitalaria.

C-616

LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

ROJAS DE MORA FIGUEROA, A.; BREA RIVERO, P.; ALMUEDO PAZ, A.; CARRASCOSA SALMORAL, M. y SALGUERO CABALGANTE, R..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA

Palabras Clave: Acreditación Profesional, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, lanzada por la OMS en octubre de 2004, tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, siendo un medio que propicia la colaboración y la adopción de medidas entre los Estados Miembros y el logro de mejora a escala internacional. En el marco de la misma y de acuerdo con los contenidos del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y del II Plan de Calidad de la Consejería de Salud, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) ha desplegado una Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA con el propósito de crear una cultura nueva alrededor de los temas de seguridad clínica. Siguiendo esta línea, el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ofrece al profesional la posibilidad de revisar su práctica profesional y verificar la proximidad entre sus competencias reales y las contenidas en su Manual de Competencias relacionadas, entre otras, con la seguridad de los pacientes.
Descripción del problema/necesidades.
La Seguridad Clínica es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes. Sin embargo, las investigaciones confirman cada vez más que en todos los sistemas de salud se producen eventos adversos; ningún país ha resuelto totalmente este problema. Por todo esto, consideramos de sumo interés conocer el nivel de desarrollo de los estándares de calidad relacionados con seguridad y eventos adversos manifestado por los profesionales sanitarios del SSPA que han finalizado su Proceso de Acreditación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis descriptivo del desarrollo, por parte de los 867 profesionales acreditados, de las evidencias incluidas en el Programa de Acreditación de competencias profesionales referidas a elementos de seguridad de los pacientes.
Resultados obtenidos.
El grado de desarrollo global de los estándares de calidad relacionados con seguridad y eventos adversos por parte de los profesionales acreditados es del 69,9%. Los profesionales de disciplinas como Traumatología,Oncología Médica o Medicina Nuclear han alcanzado un 100% de desarrollo en estos estándares.
Lecciones aprendidas.
El nivel de desarrollo de estas evidencias manifiesta que los profesionales acreditados incorporan a su práctica profesional actuaciones orientadas a aumentar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, es necesario reducir al mínimo los riesgos a los que están expuestas los mismos.
El Proceso de Acreditación ayuda a identificar áreas de mejora en este sentido y establecer nuevas rutas de desarrollo profesional continuo.

C-617

IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS EN UN CENTRO DE SALUD

GENS, M; VIDAL, E; PALACIOS, L; HERNÁNDEZ, N; RUS, J Y ANGLÉS, T.
Salou

Palabras Clave: Auditoria, Atención Primaria, Urgencias, Seguridad.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó en el servicio de urgencias de un Centro de Atención Primaria(CAP) urbano acreditado en calidad según la Joint Commission International(JACHO). Pacientes y profesionales.
Descripción del problema/necesidades.
Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad según la JACHO en la atención urgente mediante auditorias internas por la comisión de calidad. Garantizar una asistencia segura. Análisis de los resultados de la auditoria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La comisión de calidad, realizó 2 auditorias internas/año en urgencias. Se evalúan los estándares según la JACHO. 1-Gestión de la medicación:presencia de muestras, gestión envases multidosis, registro de estupefacientes; 2- Seguridad administración fármacos (error de identificación paciente, prescripción y vía, caducidad, alergias, reacciones adversas a fármacos; 3- Gestión utillaje y equipamientos(verificación hojas de registro del carro de paradas, maletín de urgencias e incidencias del equipamiento: literas,sillas de ruedas, oxigeno, instrumental,. Posteriormente se elaboró un informe de evaluación donde se anotaron las d incidencias registradas durante la auditoria, se presentó en sesión clínica y se elaboraron diferentes planes de mejora.
Resultados obtenidos.
Primera auditoria septiembre/08:100% colirios bien rotulados, 85% pomadas no rotuladas, estupefacientes: 95% ampollas caducadas. 2'5% fármacos caducados, 2'5% falta de suministro fármaco, faltaba incluir un fármaco en lista de caducidades, presencia de diferentes dosis de un fármaco en un mismo cajetín, no hoja de verificación del maletín de urgencias, se encuentra medicación dentro del maletín de oxígeno. Presentación de resultados en sesión clínica y elaboración plan de mejora. Segunda auditoria marzo/09:100%colirios y pomadas bien rotulados, registro y caducidades de los estupefacientes 100% correctos, 2'5%fármacos caducados, no problemas de suministro, fármacos todos incluidas en la lista de caducidades, ausencia de fármacos de diferente dosis en el mismo cajetín, falta de registro en la hoja de verificación en fin de semana, no presencia de fármacos en el maletín de oxigeno. Necesidad de elaborar otro procedimiento para acabar de controlar las caducidades de los fármacos.
Lecciones aprendidas.
El sistema de auditorias internas periódicas permite identificar áreas de mejora y elaborar e implantar las acciones correctoras para la asistencia y seguridad en los pacientes. La cultura del equipo de analizar y detectar errores, nos permite transformar la visión del error en una oportunidad de mejora y proporcionar seguridad clínica no solo en el paciente sino también en el profesional.

C-618

DIFERENCIAS ENTRE EL TRATAMIENTO MÉDICO PRESCRITO Y EL ADMINISTRADO POR ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

González-Benítez M*; Escolano Fernández B; Maíz-Jiménez M; Jarava Rol G; Gamarro Pimentel R y Ruiz-Cantero A.
HOSPITAL LA SERRANÍA. RONDA

Palabras Clave: Seguridad, Medicación, Transcripción, Órdenes Verbales

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se realizó en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro, con la colaboración del personal médico y de enfermería.

Descripción del problema/necesidades.
Para evitar errores que puedan comprometer la seguridad del paciente, la correspondencia entre el tratamiento médico prescrito y el administrado por enfermería debería ser exacta. Se planteó este estudio para comprobarlo en nuestro medio, donde la prescripción se realiza de forma manual y muchos pacientes precisan tratamientos complejos. Se analizó el proceso de tratamiento para identificar factores que influyen en la aparición de diferencias entre ambos tratamientos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó un estudio descriptivo en dos cortes transversales (18/08/08 y 16/04/09), incluyendo todos los pacientes ingresados en nuestra planta. Se registró el tratamiento prescrito en la historia clínica y el recogido en la gráfica de enfermería, comparándose las discordancias en medidas generales (dieta, reposo, constantes, oxigenoterapia), sueroterapia y medicación (dosis, vía de administración, administración de fármaco no indicado y no administración de fármaco indicado). Se analizó el nº de fármacos por paciente y el nº de días desde que se revisó el tratamiento médico completo por última vez.

Resultados obtenidos.
Se incluyeron 86 pacientes. Encontramos discordancias en todas las variables analizadas: dieta (16 casos, 18.6%), control de constantes (25, 30.5%), oxigenoterapia (15, 17.4%), reposo (7, 8.1%), sueroterapia (24, 27.9%) y medicación (54, 63.5%). La discrepancias en medicación fueron: dosis, 24 casos (28%); vía de administración, 8 (9.3%); administración de fármaco no indicado, 41 (31.4%); no administración de fármaco indicado, 36 (41.9%). MediAna de fármacos/paciente: 8,5. MediAna de días desde que se revisó el tratamiento médico completo: 4

Lecciones aprendidas.
No se identificó ningún error con repercusión clínica para el paciente. Sin embargo, el porcentaje de diferencias es elevado y preocupante. Identificamos los siguientes factores influyentes: órdenes médicas verbales (probablemente el factor principal), errores en la transcripción del tratamiento, pérdida del tratamiento y dificultad para comprobar errores (el pase de sala no se realiza de forma conjunta, no existe un equipo fijo de médico-enfermer@, y la gráfica de enfermería y el tratamiento médico se guardan en carpetas diferentes). Los resultados fueron presentados en sesión clínica para sensibilizar a todos los trabajador@s sobre el problema. Se han planteado medidas para reducir órdenes médicas verbales y errores de transcripción (prescripción electrónica).

C-619

EFECTO DE LA APLICACIÓN DE ESCALA NORTON Y REGISTRO DE MEDIDAS PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP).

Mª JESÚS PARDO DIEZ; Mª ISABEL ALFONSO CORTÉS; CARLOS CLERENCIA CASORRÁN Y FERNANDO RAMOS DÁNGELO.
Hospital Royo Villanova

Palabras Clave: Valoración, Prevención, Lesión.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se dasarrolló en Hospital “Royo Villanova” Sector I -Zaragoza. Los profesionales implicados son enfermera de valoración hospital Royo Villanova, enfermera de enlace de sector I, técnico de salud de sector I y coordinador de calidad hospital Royo Villanova.

Descripción del problema/necesidades.
Un porcentaje de pacientes desarrolla Ulceras Por Presión (UPP) durante la estancia hospitalaria. En el año 2008 no se contempla de forma sistemática la Escala Norton dentro de la valoración enfermera.
En el año 2009 se incluye un protocolo para valorar con la Escala Norton el riesgo de padecer lesiones e instaurar medidas de prevención que impidan su aparición.
La detección precoz previene su aparición.

Desarrollo y soluciones aportadas.
La Población a estudio son personas con informe de valoración, soluciones aportadas mayores de 75 años, con patología múltiple, Dependencia Funcional (Índice Barthel) Total o Grave en el informe de alta.
Revisión de Hª clínicas del 1er trimestre años 2008 y 2009 de la población a estudio.
Comprobación, en registros de enfermería, si existe la Escala Norton, fecha y días de demora desde el ingreso hospitalario hasta su realización.
Verificación en el registro de cuidados de enfermería y la aplicación de medidas preventivas.

Resultados obtenidos.
De un total de 168 HC seleccionadas, solo el 44,6% (75) cumplían los criterios de inclusión. Mujeres 62.7 %(47) y hombres 37.3 % (28). Presentan dependencia (Í. Barthel) grave 26.7%. (20) y total 73.3% (55).
Al 76% (57) se les realizó Escala Norton presentando valores inferiores a 12 (riesgo alto o muy alto) 73,7% (42), desarrollando UPP 28,57% (12).Las personas con dependencia total (Í. Barthel) y Escala Norton inferior a 12 son las que han desarrollado UPP. Entre los años 2008 y 2009 existen diferencia de 4.56 días de demora al realizar la Escala Norton.
Las medidas de prevención han sido registradas en el 54.66% (41) de las historias revisadas.
La medida preventiva más registrada 49.3% es la protección en zonas de apoyo.

Lecciones aprendidas.
Aplicar protocolos a pacientes con escalas de valoración mejora la prevención y evita la aparición de UPP.

C-620

MANOS LIMPIAS E INFECCIÓN HOSPITALARIA: EVALUANDO LA EVALUACIÓN

AGUILAR, I; MARECA, R; AIBAR, C; FÉLIX, M; GIMÉNEZ, T y BARRASA, JI.
HCU Zaragoza

Palabras Clave: Higiene de Manos, Evaluación

RESUMEN

Contexto de partida.

La higiene de manos es una medida esencial para evitar la infección nosocomial (IN). La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente decidió promover mejoras de la misma en los centros sanitarios. La Agencia de Calidad y las autoridades sanitarias de las CCAA se adhirieron al reto y desde 2006 han promovido activamente la implantación de prácticas seguras, entre las que se incluye el uso de soluciones hidroalcohólicas (SH).

Descripción del problema/necesidades.

El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCU) diseñó el programa "En buenas manos" para mejorar la higiene de las manos en el personal del hospital. Como parte del proyecto se instalaron 573 dispensadores de SH y se realizaron 49 sesiones formativas, alcanzando aproximadamente al 16% de la plantilla. Quedaba pendiente evaluar la efectividad del programa en términos de reducción de la IN.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Estudio antes-después para valorar la efectividad del programa. Se incluyeron todos los servicios hospitalarios del HCU, excluyendo del análisis a los servicios piloto, por diferencias en la implantación. Los indicadores utilizados fueron: consumo en litros de SH por 1000 estancias e incidencia acumulada global de IN. Se evaluó por separado el año 2007 (año de implantación) y 2008 (programa implantado en su totalidad). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y un análisis de correlación de Pearson (de Spearman en los casos en los que no se cumplían criterios de normalidad).

Resultados obtenidos.

Se analizaron 18 servicios hospitalarios del HCU. La media de IN fue de 4.03 casos/100 ingresos para el año 2007 y de 3.89 en el 2008. El consumo de SH por 1000 estancias aumentó de una media de 4.4 litros en el 2007 (rango de 0 a 8.8) a 5.3 en el 2008 (rango de 0.99 a 14). El coeficiente de correlación obtenido para el año 2007 fue de
0.022 (p=0.930) y de –0.079 en el 2008 (p=0.754), no encontrándose asociación entre las variables.

Lecciones aprendidas.

Pese a todas las actividades desarrolladas, el consumo de SH sigue siendo escaso. La dificultad de evaluar la efectividad de estas intervenciones radica en la complejidad de hallar indicadores adecuados y en la factibilidad de los diseños de estudio. Son necesarios indicadores precisos y evaluaciones a medio y largo plazo. Diferenciar entre la significación estadística y la asistencial en la evaluación de intervenciones de este tipo es fundamental para seguir trabajando para mejorar la seguridad del paciente.

C-621

INFORME CLÍNICO DOMICILIARIO: FACILITANDO LA COMUNICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

TORIJANO M.L*; SÁNCHEZ HOLGADO J.; DULANTO R.A.; GARCÍA FLORES S.; ANDRÉS LUIS V. Y DÍAZ SÁNCHEZ L..
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA TALAVERA DE LA REINA

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud, Seguridad, Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto ha sido realizado desde la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina con la participación directa de los miembros de la Comisión de Calidad y otros profesionales del área.

Descripción del problema/necesidades.

La documentación clínica en el domicilio permite conocer el estado clínico, las patologías y medicación del paciente atendido por distintos profesionales, disminuyendo así posibles errores y siendo su beneficio más evidente en situaciones de urgencia. En ocasiones no se encuentra esta documentación disponible o actualizada o el enfermo o su familia no es capaz de localizarla. Se decidió abordar este problema con el fin de mejorar la comunicación interniveles.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se elaboró un proyecto en el que se valoró la situación actual de la documentación clínica en el domicilio y se conocieron las propuestas de mejora por parte de los propios sanitarios. Con la información conseguida, se pensó cómo obtener un soporte de manera automática (contando con los medios informáticos disponibles) extendiendo el procedimiento a todo el área. En una fase posterior se testó la opinión y la colaboración que obtendríamos de los pacientes y/o su familia con esta nueva herramienta.

Resultados obtenidos.

Participaron casi la mitad de los sanitarios del área. La mayoría considera muy útil la existencia de documentación con datos clínicos básicos en el domicilio del paciente. Se incluirían: diagnósticos médicos, alergias, tratamientos, antecedentes personales y diagnósticos de enfermería. Los sanitarios estarían de acuerdo con encargarse de esta tarea manteniéndola actualizada y preferirían utilizar un sistema informático. Se realizaron las gestiones oportunas para conseguir que con tres "clic" la información ya consensuada se volcara automáticamente en un documento y se difundió el procedimiento. En una última fase y antes de la entrega del documento se realizó una encuesta telefónica a una muestra de pacientes crónicos domiciliarios (o a sus cuidadores) con el fin de conocer su opinión. La mayoría disponen en casa de algún informe, casi siempre hospitalario, pero no consideran fácil encontrarlo cuando un profesional acude a su domicilio y creen de utilidad disponer de información actualizada y por escrito estando dispuestos a colaborar en su mantenimiento.

Lecciones aprendidas.

Este proyecto ha contado con una gran colaboración por parte, no solo de los líderes si no también de los profesionales y los usuarios, factores determinantes para el éxito en el desarrollo e implementación de este proyecto de mejora.

C-622

ANÁLISIS DE ERRORES PREANALÍTICOS QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

BAILÉN GARCÍA, A.*; GIL MACIAS,C.; MARQUEZ GALÁN,M.; ESCAMEZ BERMUDEZ,M.; ARES DE VEGA,A. Y SAMPER TOSCANO,M..
Hospital Puerta del Mar

Palabras Clave: Legibilidad, Informe, Seguridad, Analítica, Peticionario

RESUMEN

Contexto de partida.
Hecho por facultativos, técnicos de laboratorio y administrativos del Servicio de Análisis Clínicos.
Descripción del problema/necesidades.
Diariamente recibimos peticiones analíticas de 1200 pacientes extraídas fuera del Servicio. La identificación biunívoca del paciente, la correspondencia muestra-paciente y el direccionamiento de los informes escapan del ámbito de acción del laboratorio aunque la RESPONSABILIDAD de correspondencia de resultados y entrega adecuada SÍ recae.
Los errores de extracción, identificación o pérdida de informes causan retraso en atención a pacientes, falta de confianza en la organización, reclamaciones, e inducen diagnósticos o tratamientos erróneos.
Analizamos la seguridad del paciente centrándonos en el grupo de incidencias producidas por mala cumplimentación de las peticiones analíticas por parte del peticionario: solicitante no identificado, destino incorrecto, paciente ilegible, no SS o historia, no diagnóstico, no edad, pruebas mal marcadas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Revisamos TODAS las peticiones no urgentes recibidas durante una soluciones aportadas semana(4800) según origen: Hospitalización(615),Punto extractor hospitalario (PEH)(795), Atención Primaria(AP)(3390).
Instalamos un sistema de scaneado de la petición y procesos de Control de calidad (CC) en cada puesto.Se vé la imagen en todos los puestos del laboratorio y cada grupo corrige los datos que pueden falsear el resultado. Secretaría soluciona(CNP, destino, ilegibilidad del nombre, edad y pruebas mal marcadas). Los puestos técnicos y facultativos corrigen historia, diagnóstico e incluyen comentarios codificados informativos del error.
Resultados obtenidos.
Incidencias totales:3419. Hospitalización cumplimenta mejor y usa etiquetas identificativas de pacientes. EL PEH detecta y corrige con el paciente presente el 23.6% de los errores. En AP se concentran el 64.2 % de incidencias por falta de colaboración de los peticionarios y ausencia de sistemas de identificación de pacientes.
El procedimiento de CC se asume como parte del trabajo diario y servicio al paciente y las incidencias se resuelven en el día.
Se informa a origen y a las direcciones mensualmente del nº y tipo de errores.
El trabajo extra no siempre consigue evitar la pérdida de analíticas o la atribución incorrecta a otro paciente.
Lecciones aprendidas.
La buena voluntad del laboratorio al corregir errores no mejora la conducta del peticionario pero los comentarios incluídos en los informes sí. Consideramos imprescindible implantar en AP métodos seguros de identificación y facilitar medios informáticos fiables que eliminen errores de transcripción de datos entre departamentos.

C-623

PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA LA CORRECTA HIGIENE DE MANOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

TORIJANO M.T*; SÁNCHEZ HOLGADO J; DE LA HIJA M.B; REDONDO SANTAMARÍA A; HIJAS SERRANO M.P Y LÓPEZ GUTIÉRREZ M.J.
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA TALAVERA DE LA REINA

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud, Higiene, Manos

RESUMEN

Contexto de partida.
Este proyecto ha sido llevado a cabo por la Unidad Funcional de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina y se está implementando en los 16 centros de salud del área. Va dirigido a todos los profesionales sanitarios.
Descripción del problema/necesidades.
Desde el año 2006 se dispone de soluciones hidroalcohólicas pero nuestros profesionales sanitarios no habían recibido formación sobre cómo utilizarlas o sobre higiene de manos. Su consumo y correcta utilización tampoco habían sido analizados. Por ello, era necesario su abordaje.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se ha realizado en varias fases: 1.Estudio de la disponibilidad de las soluciones en el área y valoración técnica. 2. Evaluación previa del consumo de soluciones. 3.Aproximación a la situación inicial. Contacto primario con coordinadores 4. Sistematización de la higiene de manos y elaboración/adaptación de materiales de difusión 5.Formación teórico-práctica mediante talleres en los centros y dotación de material necesario. 6.Evaluación de la percepción de los profesionales tras la formación recibida.
Resultados obtenidos.
Se realizó una valoración técnica de la solución disponible así como de sus presentaciones y se constató en la segunda fase un bajo consumo desde su adquisición. No todos los centros las conocían, con un número muy variable de envíos siendo así mismo variable el periodo de tiempo entre los mismos. Se ha elaborado una base de datos para comprobar el consumo según número de consultas, mes y centro de salud en la fase 3 se elaboró un cuestionario dirigido a los coordinadores para conocer los medios y recursos disponibles así como la facilidad percibida y la formación recibida. El 100% consideraba fácil lavarse las manos en su centro, aunque el conocimiento sobre la utilidad de las soluciones es mejorable así como la reposición del material. El 60% de los centros no habían acogido ninguna sesión formativa al respecto. A continuación se elaboró y se adquirió el material necesario para trasladarlo a los centros coincidiendo con la formación. Hasta el momento se han impartido talleres acreditados en 12 de los 16 centros de salud pudiendo ofrecer resultados parciales de la fase 6. Se está obteniendo una tasa de participación que supera el 70% de la población diana con un interés y una utilidad de 4,1 y 4,2 puntos de media respectivamente en una escala de 5.
Lecciones aprendidas.
Creemos que el contacto directo con los profesionales recogiendo sus quejas y sus sugerencias, y la proporción de los recursos necesarios en el centro ha incrementado el interés por el tema así como su percepción de utilidad.

C-624

CONTROL DE ANTICOAGULANTES ORALES: LOS ERRORES DE UN ERROR

COLLADO CUCÒ, A; MORALES SUÁREZ, E; CRESPO PALAU, JM; KNIGHT RIVALTA, N; JIMENEZ MÁRQUEZ, C Y ESPEJO VIDAL, T.
ABS VANDELLÒS-HOSPITALET

Palabras Clave: Seguridad, Anticoagulación

RESUMEN

Contexto de partida.
Experiencia de los profesionales de un centro de salud a propósito de la aparición de un incidente grave en el control de la anticoagulación oral (ACO) de un paciente en un Área Básica de Salud de tipo rural en la que se realiza el control de la ACO desde el año 2000.
Descripción del problema/necesidades.
Se presentó un caso de hemartros y púrpura que requirió ingreso hospitalario en una paciente que tomaba el doble de la dosis de acenocumarol recomendada. A partir de su declaración en el registro de seguridad clínica, se inició un proyecto de mejora del control de la ACO.
Fases del proyecto: Análisis del incidente por el conjunto de profesionales que intervienen en la ACO en nuestro centro.
Como causa fundamental se identificó el mal uso de un automatismo en el programa informático que genera la hoja de tratamiento (repartió la dosis recomendada para 14 días en 7)
Causas concurrentes: no comprobar la dosis previa, falta de comunicación (paciente tratada en domicilio) y falta de advertencia de la paciente ante el aumento de la dosis.
Causas accesorias: presión asistencial y confianza secundaria a la rutina.
Afloraron casos similares previos no notificados al haberse advertido el error por otro profesional o el propio paciente.
Se revisó la casuística de incidencias menores relativas a este servicio: se habían registrado en un 1,23% de los controles, asociándose en un 16,7% a cifras elevadas del INR.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Propuesta de soluciones: Para el programa informático (automatismos soluciones aportadas , mensajes de alerta) y organizativas (registro de la última dosis, recuperación de la hoja de tratamiento del paciente y citación específica en la agenda del médico encargado del cálculo de la nueva dosis) Formación a los profesionales implicados (repaso del protocolo, del uso del programa informático y del circuito para la medida del INR y cálculo de la dosis de ACO) y al personal administrativo para la correcta citación de los controles de la ACO
Resultados obtenidos.
Un año después de la implantación de las mejoras, no se ha detectado ningún incidente grave ni se ha declarado ningún error médico en el control de ACO. Se registraron incidencias leves en el 0,55% de los controles no asociadas a niveles altos del INR ni a errores de dosificación.
Lecciones aprendidas.
La comunicación del error permitió su análisis y la implantación de medidas correctoras. Igualmente facilitó el afloramiento de otros errores similares. La experiencia ha puesto de manifiesto la necesidad de no bajar la guardia en los actos rutinarios.

C-625

GESTIÓN DEL DOLOR: EVALUACIÓN Y MANEJO COMO GARANTÍA DE COMPETENCIA ENFERMERA

ALCALÁ GUTIERREZ, P*.; BARRIOS GARCÍA ,R. ; SÁNCHEZ DEL AGUILA,M; TIMONET ANDREU,E.; MORA BANDERAS,A. Y SEPULVEDA SÁNCHEZ, J..
HOSPITAL COSTA DEL SOL

Palabras Clave: Evaluación, Dolor, Competencias, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Costa del Sol ha impulsado el rol activo y de colaboración de la enfermera en el manejo del dolor, para ello diseñó un proyecto integral que se lleva a cabo en unidades de hospitalización qca junto con Unidad del dolor (UDA) como garantía de los derechos del paciente.

Descripción del problema/necesidades.
Mejorar un déficit funcional en el seguimiento y tratamiento del dolor para garantizar la correcta evaluación en los pacientes postquirurgicos pues los datos de la evaluación de historias 2008 reflejan registro sólo en el 50 % de los pacientes. (CIR): 57% SI 43% NO (COT): 43% SI 57% NO
Causas : -Dificultades en la distribución de tareas enfermeras y falta de escalas de evaluación.
-Escasa formación de manejo del dolor y poca conciencia de la percepción del paciente de su dolor.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La implantación de la " gestión del dolor" desde el ambito del soluciones aportadas Resposable de Unidad genera líneas estratégicas: 1.Diseño de un mapa a competencial que define el manejo del dolor como competencia general.
2. Creación de un programa informático para evaluar el dolor por turno (EVA) con declaraciones electrónicas , registro rescatado por el anestesista de la (UDA) para su adecuado tto.
3. Estrategias paralelas: -Grupo de mejora que diseña planes de actuación en áreas criticas (URPA, CMA, pediatría, UCE)
-Formación al personal enfermera/o: plan formación anual 2009
-Planes de acogida especificos.
-Actuaciones junto a comisiones de calidad (Comisión de continuidad asistencial) -Educación al paciente : sistemas de analgesia controlada (PCA)
Resultados obtenidos.
-Evaluaciones del dolor al 92 % pacientes ingresados.
-Medición regular y revisión individualizada del tratamiento.
-Detección de pacientes con analgesia inadecuada e instauración de alternativas disponibles y /o especiales.
-Monitorización continua del efecto terapéutico ,efectos adversos y complicaciones
Resultados :(Enero a Mayo / 2009) -Registros ---- 757
-Ingresos (Enero-Mayo) ------844 Alnes : u28( )-28(r28(Resu)-28(terapéu

C-626

¿TRATAMOS BIEN LOS ESGUINCES DE TOBILLO?

GONZÁLEZ BARBERO, E; SÁNCHEZ BLANCO, J; ARANDA LARA, J; VALERA PASCUAL, M; BLANCO NIEVES, JL y SABORIDO CANSINO, MC.
Centro de Salud Utrera Sur

Palabras Clave: Esguinces, Distensiones, Tobillo, Tratamiento

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo realizado en el Distrito Sanitario Sevilla Sur, en el que han colaborado médicos de varios centros de salud.

Descripción del problema/necesidades.

Los esguinces o distensiones de tobillo son una de las lesiones traumáticas más frecuentes. Los pacientes con esta afección suelen ser atendidos en urgencias, y tenemos la sensación de que el tratamiento que se les realiza, se aleja de las recomendaciones científicas. A través de la recogida de informes recibidos en nuestras consultas y comparándolos con los estándares podemos saber si lo percibido es realidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Recopilamos informes emitidos en urgencias, que nos llegan a las consultas de atención primaria, durante una semana en varios centros de salud. aprovechamos la ocasión de la existencia de un proyecto de recogida sistemática de información en un estudio sobre la prescripción inducida en nuestro distrito, utilizando toda la logística de este.

Resultados obtenidos.

Recogimos 14 informes con el diagnóstico de esguince de tobillo, procedentes de 4 hospitales y 1 centro de no hospitalario. Todos los pacientes eran jóvenes (media 21,5; entre 13 a 43 años), sin diferencias por sexo. Los esguinces fueron catalogados como de 2º o no constaba.

La mayoría de los pacientes fueron tratados con férula de yeso (10/14), y casi todos tratados con heparina de bajo peso molecular (9/14, 9/10 de los que portaban yeso). La mitad de los pacientes (7/14) fueron tratados con 1 AINE como tratamiento sintomático. La otra mitad (7/14) recibieron tratamiento combinado con 2 AINES o asociado a Omeprazol.

Lecciones aprendidas.

1. La percepción que teníamos los médicos de familia de nuestro ámbito ha quedado corroborado en este estudio a pesar de que la muestra ha sido pequeña. 2. La terapéutica iniciada en todos los casos no se adecua a lo que la evidencia científica disponible nos dice “a) el resultado es ligeramente superior con el uso de vendaje funcional sobre la férula; b) el uso de heparina profiláctica está indicada en pacientes con varios factores de riesgo (edad mayor de 45 años, fractura de extremidades inferiores, etc.); c) el uso de AINES en combinación no es casi nunca recomendable; d) el Omeprazol está indicado cuando los AINES son usados en mayores de 65 años o con antecedentes de patología gastroesofágica”. 3. Es necesario ampliar este estudio para confirmar los resultados. 4. Son necesarias estrategias enfocadas a mejorar el abordaje terapéutico de esta patología. Mejoraríamos la seguridad de nuestros pacientes y optimizaríamos recursos sanitarios, pues el tratamiento siguiendo las recomendaciones científicas es más eficiente.

C-627

SEGURIDAD EN EL ACCESO A LAS HISTORIAS EN AP. CÓMO CONTRIBUIR A LA CONFIDENCIALIDAD DESDE LAS ÁREAS DE CONTRATACIÓN

SÁNCHEZ DEL PINO, R.; MORCILLO RÓDENAS, C.; MONTOYA MUÑOZ, MJ.; ORTIZ ESPINOSA, J.; MARFIL MARTÍNEZ, E. Y RODRÍGUEZ RAMOS, P..
Distrito Sanitario Granada

Palabras Clave: Seguridad, Confidencialidad, Contratación, Historias Clínicas

RESUMEN

Contexto de partida.

Se trata de una decisión y un trabajo coordinado, consensuado y multidisciplinar en el ámbito de la atención primaria en el que ha participado la dirección asistencial, la dirección económica, las áreas de contratación (AC), atención a la ciudadanía (AAC) y los informáticos de un distrito.

Descripción del problema/necesidades.

A raíz de unas modificaciones en la historia de salud digital (HSD), en concreto en su mecanismo de acceso a los profesionales, surge la necesidad de hacerlo compatible con la confidencialidad y protección de datos de las historias clínicas (HC). El problema específico que se aborda implica diseñar un procedimiento para que asegure la confidencialidad en el acceso de nuevos trabajadores contratados sobre todo sustitutos- a las HC.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Primero se concretaron los diferentes grupos profesionales que soluciones aportadas intervienen en este proceso. Se analizaron las herramientas informáticas que intervienen: MACO, herramienta para la creación de accesos y perfiles de los profesionales a la HSD; GERONTHE, aplicación para la contratación del personal; SACratif, portal on line de diseño propio que facilita el acceso a la información interna a los trabajadores de los Centros de Salud (CS). Se definen las funciones de cada uno: el AC facilita a través de MACO a cada profesional, en el momento de ser contratado, un usuario, contraseña, perfil y duración de acceso a la HSD; los informáticos elaboran un protocolo de actuación y forman al AC en el manejo de MACO; las AAC de los CS dan de alta, asignan y desasignan a los profesionales contratados, según el protocolo. Por último, se hace una labor de “limpieza” de los profesionales contratados durante meses y se revisa que sólo estén activos y tengan acceso a la HSD los que tengan un contrato activo con alguno de los CS del distrito.

Resultados obtenidos.

Con estas actuaciones, se produjo un refuerzo importante al concepto y aplicación efectiva de la confidencialidad. Así, los profesionales contratados sólo pueden tener acceso a las HC de los usuarios del cupo médico y del CS en el que trabajan. Recientemente, los trabajadores de los dispositivos de urgencias (DU) se han incorporado a la HSD. Teniendo en cuenta sus peculiaridades (rotación frecuente y cambiante de estos profesionales por los diferentes DU) ha surgido la necesidad de agilizar el protocolo de acceso.

Lecciones aprendidas.

Garantizar la confidencialidad requiere conocer en profundidad todos los ámbitos de la AP, no sólo el estrictamente asistencial. Desde todo ellos y mediante la coordinación adecuada, se puede contribuir de forma efectiva a garantizar el acceso seguro a las HC.

C-628

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE INCIDENCIAS POR MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

*FONT NOGUERA, I.; ESTEBAN MENSUA, MJ.; BELDA VALERO, J.; HERNÁNDEZ MARTÍ, V.; POVEDA ANDRÉS, JL. Y PERIS TORTAJADA, A..
HU LAFE

Palabras Clave: Notificación, errores de medicación

RESUMEN

Contexto de partida.

El presente trabajo se realizó en un hospital terciario de 1.500 camas. En 2007 se creó el Comité para la Calidad y Seguridad del Medicamento y se establecieron dos líneas estratégicas encaminadas a mejorar el sistema de utilización de medicamentos y fomentar la cultura en calidad y seguridad. Dentro de esta segunda línea se incluyó el Programa de Notificación voluntaria de Incidencias por Medicamentos (PNIM), liderado por un grupo de trabajo multidisciplinar (3 médicos, 2 farmacéuticos y 4 enfermeros).

Descripción del problema/necesidades.

Las incidencias notificadas mediante formulario, vía telefónica o personalmente fueron analizadas y registradas según la metodología establecida. Se elaboró un informe individual con propuestas de mejora que era entregado al profesional notificante, y un informe poblacional anual para el Comité con los datos de todas incidencias. Las acciones que se implementaron afectaron indirectamente a la atención de los pacientes a través de la mejora de los procedimientos y formación de los profesionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

A principios de 2008 se inició el programa en sus niveles I y II de alcance (servicio de farmacia y servicios con experiencia). Actualmente, el PNIM se encuentra en su nivel III de alcance (hospital). La difusión del programa se realizó a través del programa de formación de 2007 y 2008. Asimismo, se realizaron talleres y sesiones formativas y en noviembre de 2008 fueron editados y distribuidos los trípticos del programa.

Resultados obtenidos.

Se notificaron 46 incidencias (enero 2008 - marzo 2009). Notificantes: enfermería (43,5%), farmacéuticos (34,8%). Nivel de riesgo predominante: moderado (54,3%). Tipo de error principal: medicamento erróneo (21,7%). Principal causa: factor humano (78,2%). Factor contribuyente destacado: inercia del sistema (37%). Acciones propuestas: 57. Los puntos débiles del programa fueron: a) reticencia y miedo a notificar incidencias; b) dificultad en transmitir las propuestas de mejora a los responsables; y c) dificultad del Comité en monitorizar la aplicación, adhesión e impacto de las medidas.

Lecciones aprendidas.

El grupo de trabajo, una vez adquiridos los conocimientos y experiencia suficientes, se plantea afrontar 2 retos: a) Fomentar la notificación de incidencias al resto del hospital impulsando la comunicación de incidencias leves y errores potenciales con la intención de romper las barreras de notificación existentes; y b) Prestar especial atención al cumplimiento de las acciones, especialmente las de normalización de procedimientos a fin de limitar la importancia del factor humano.

C-629

VIAJES Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR EL AGUA

GONZÁLEZ DE LA FLOR P*; CARMONA VIGO R; ROMERO JURADO M; JÓVER CASAS JM; GORDO
ORTEGA J Y CARRASCO DEL VALLE E.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Palabras Clave: Viajes, enfermedades transmisibles.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Regional del SAS. Se implicaron profesionales de los siguientes servicios hospitalarios: Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Oncología Radioterápica, Servicio de Reumatología, Unidad de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.

El sector turístico tiene un peso muy significativo en la economía mundial. Sin embargo también provoca un aumento relevante de la presión sobre los recursos hídricos de los países receptores. Algunos informes sugieren que puede repercutir negativamente sobre la calidad de las aguas de consumo y la aparición de enfermedades infecciosas transmitidas por el agua. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de enfermedades infecciosas transmitidas por el agua en las diferentes zonas turísticas mundiales. Las causas y la cuantificación del problema se realizó a partir de registros públicos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se han seleccionado ocho enfermedades infecciosas transmitidas habitualmente por el agua: cólera, salmonelosis, brucelosis, fiebres tífica y paratífica, hepatitis A, leptospirosis, shigelosis y campylobacteriosis, para las que existe información suficiente en los registros accesibles. Se han seleccionado aquellos países y zonas turísticas mundiales que publican registros de notificación de estas enfermedades. A partir de los casos declarados desde 2002 a 2005 se ha obtenido un promedio anual de casos notificados y una tasa por millón de habitantes, por país y zona turística. Los profesionales implicados son los autores del estudio. El proyecto se difundió en las diferentes Comisiones del Hospitaly por correo electrónico entre los profesionaels del mismo. El proyecto se realizó en 5 meses.

Resultados obtenidos.

En orden creciente, la tasa media (2002-2005) del número de casos anuales de enfermedades infecciosas transmitidas por el agua por millón de habitantes es la siguiente: Japón: 52,12, EEUU: 234,13, Países mediterráneos de la UE (Portugal, España, Francia, Italia y Grecia): 248,40, Países mediterráneos de la UE y Turquía: 451,00, Canadá: 520,54, UE 27: 872,13, Países Escandinavos (Noruega, Suecia y Dinamarca): 1.107,35, Europa Occidental y Central (Reino Unido, Irlanda, Alemania, Benelux): 1.226,50, Países Alpinos (Suiza, Austria, Eslovenia): 1.383,59.

Lecciones aprendidas.

Existen diferencias relevantes en las tasas de los diferentes países y zonas turísticas mundiales. Los EEUU y los países mediterráneos de la UE presentan tasas muy bajas: la tercera parte del promedio de la UE 27 y la cuarta parte del resto de países europeos sin incluir a los países del mediterráneo.

C-630

PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL MATERNOINFANTIL

GONZÁLEZ DE LA FLOR P; CARMONA VIGO R; ROMERO JURADO M; JÓVER CASAS JM; GORDO ORTEGA J Y CARRASCO DEL VALLE E.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Palabras Clave: Hospital maternoinfantil, seguridad del paciente.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Regional del SAS. Se implicaron profesionales de los siguientes servicios hospitalarios: Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Oncología Radioterápica, Servicio de Reumatología, Unidad de Calidad.
Descripción del problema/necesidades.
Los responsables del Área de Pediatría del Complejo Hospitalario de Jaén elaboraron un plan de mejora de la seguridad del paciente en esta área. Para los paceitnes se pretende mejorar la seguridad de la asistencia prestada. El planteamiento y las medidas adoptadas, así como su medición y evaluación, se realizó adoptando el enfoque y los principios de la calidad total. La cuantificación del problema se hizo a partir de los registros previos existentes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para el análisis y valoración de la situación previa de la Unidad de Pediatría se creo un grupo de mejora de la calidad, se seleccionaron sus miembros, se definieron las responsabilidades del grupo y se estableció un cronograma de actuaciones. Para el análisis de problemas se emplearon diversas herramientas de calidad, entre ellas el análisis de causas raíz y el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Se implicaron los profesionales del área y los autores de la comunicación. La difusión se hizó a todos los miembros del Hospital mediante sesión clínica. Se realizó en 6 meses.
Resultados obtenidos.
El Grupo de Mejora de la Calidad constituido analizó 33 indicadores relacionados con la seguridad del paciente. 18 se analizaron mediante auditoria y 15 mediante observación directa. Los resultados globales obtenidos indican un nivel de cumplimiento global del 72,22%. Las dimensiones analizadas por observación directa alcanzaron un nivel de cumplimiento global del 66,67%. No valorables fueron un 20,00% de los indicadores. Tras posteriores reuniones del grupo de trabajo se diseñó un programa de mejora de la seguridad del paciente con el fin de solucionar los problemas detectados. El nivel de implementación global existente hasta el momento ha sido del 53,5% del total del medidas planificadas. Se ha producido una mejora en el 32,1% de los indicadores establecidos. El nivel medio de mejora ha sido del 26,8%.
Lecciones aprendidas.
El plan de mejora de la seguridad implementado en el Área de pediatría del Hospital ha permitido detectar problemas de seguridad existentes, elaborar medidas de mejora, implementarlas y medir los resultados alcanzados. Además de iniciar un sistema duradero de medición y control que permite detectar nuevos problemas de seguridad y el grado de resolución de los ya detectados.

C-631

ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL MOMENTO DEL BAÑO EN UNA UNIDAD DE MATERNIDAD

ÁLVAREZ BERNAL ISABEL; CHÁVEZ MAYA ANIANA; ANTUÑA BELLEDIN ESPERANZA; ALCON
SÁNCHEZ M. JOSE Y CASTELLANO GALLANGO MARGARITA.
Área Hospitalaria de Valme

Palabras Clave: Seguridad, Recien Nacido, Baño, Nido.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el área de maternidad del Área Hospitalaria de Valme en Sevilla.
Los profesionales implicados son enfermeras y auxiliares de enfermería que realizan su labor asistencial en dicho área hospitalaria.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto pretende actuar en la seguridad del Recién Nacido (RN) en una planta de maternidad en el momento del baño, mediante una evaluación de los posibles riesgos que afecten a la seguridad del RN. La evaluación se llevo a cabo mediante un análisis con metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y sus Efectos). Para el análisis se creo un grupo de trabajo con profesionales de la unidad.
Como resultado se obtuvo una parrilla de priorización de problemas en la seguridad del RN, los cuales fueron abordados mediante una serie de propuestas de mejora que disminuyeran el riesgo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El análisis se realizó sobre el procedimiento del baño en el RN, desde que se recoge en la habitación hasta que se entrega de nuevo a los padres, se realizarón distintas observaciones del procedimiento anotándose todos aquellos aspectos de interés. Posteriormente se realiza el análisis AMFE, se proponen medidas de mejora. La difusión de las medidas de mejora para su implantación se realizo mediante sesiones de enfermería. Las fases del estudio son: Diseño.
Difusión entre personas interesadas. Recogida de datos. Análisis de los datos e interpretación Difusión de los resultados entre el equipo de trabajo. Implementación de medidas de mejora. Análisis de resultados.
Resultados obtenidos.
Los resultados se midieron mediante la realización de un Análsis Modañ fallo y Efecto (AMFE) posterior a la implantación de las medidas de mejora propuestas. Se observó una disminución en las puntuaciones asignadas de un 80% del IPR global tras la adopción de medidas de mejora
Lecciones aprendidas.
La metodologia AMFE permite una valoración de los posibles riesgos e implantación de medidas de mejora. Es un análisis fácil de realizar que permite analizar el riesgo y establecer indicadores de procesos y resultados de las medidas correctoras. Tambien nos permite hacer un análisis coste-beneficio de las medidas de mejora adoptadas

C-632

INDICADORES DE SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL: UN MODELO EN LA TOMA DE DECISIONES

NATIVIDAD COMES GORRIZ; CARMEN NIETO ÁLVAREZ; EMILIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ; CARMEN TRILLO CIVANTOS; AGUSTINA LÓPEZ BORRAS Y MARTA MORATILLA MARTÍNEZ.
FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Palabras Clave: Indicadores De Seguridad Y Calidad Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde la Dirección de Enfermería de la fundación Jiménez Díaz se impulsó la creación de grupos de trabajo multidisciplinares, elaborando procedimientos y protocolos para mejorar la seguridad y cuidados prestados al paciente.
Descripción del problema/necesidades.
Aprovechando las nuevas tecnologías se elaboró un cuadro de mandos, que obtiene los indicadores de los registros que la enfermera realiza en historia informatizada del paciente. Estos registros informatizados son el resultado de los procedimientos realizados por los grupos de trabajo y de los indicadores que en ellos se definen. los indicadores explotados son: Tasa de caídas de pacientes. Tasa de caídas de pacientes con consecuencias leves y graves. Contenciones mecánicas realizadas según procedimiento. Ulceras por Presión producidas en el Hospital. Detección precoz del riesgo social. Vías retiradas por prevención de flebitis. Vías retiradas por flebitis. Seguridad transfusional. Infección Nosocomial. Mediante cortes transversales se evalúan procedimientos como: lavado de manos. Utilización de planes de cuidados y calidad de los registros utilizados en la elaboración de indicadores.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Las fases del proyectos fueron: Definición del Cuadro de mandos. Fase técnica de elaboración por el departamento de sistemas. Fase de pruebas. Implantación y Difusión. La implantación se inició con la elaboración de un protocolo de acceso al Portal de Acceso a la Información para los responsables de los equipos asistenciales para consultar los indicadores y ponerlos en común con sus respectivos equipos. Sesiones de información al resto de profesionales del hospital
Resultados obtenidos.
Desde 2007 los equipos asistenciales de pueden comparase con ellos mismos y con unidades similares de forma mensual y anual. Se ha constatado un descenso en la tasa de caídas de pacientes y en la UPPs producidas en el hospital. Se han revisado y mejorado varios procedimientos en función de los indicadores obtenidos en 2008 (Prevención de Caídas. Detección del Riesgo Social. Pacientes Con Contención. Prevención de flebitis. Riesgo de Malnutrición) Se han puesto objetivos de calidad y seguridad a las unidades asistenciales en función de los resultados anuales
Lecciones aprendidas.
La explotación de indicadores de calidad asistencial y de seguridad, así como la presentación de estudios transversales sobre la calidad de los registros es una poderosa herramienta para la toma de decisiones de los equipos asistenciales de enfermería. Genera dinámica de equipo en la consecución de objetivos comunes de mejora.

C-633

PROTOCOLO DE MEJORA EN TÉCNICAS DE SEDACIÓN DURANTE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA.

RETEGUI G.; MARIN J.; PÉREZ CANO B. ; REVELLO A.; PÉREZ DE LA YGLESIA R. Y RUIZ BORRELL M..
H San Juan de Dios Aljarafe Bormujos - Sevilla

Palabras Clave: Ecocardiografía transesofágica, Sedación, Fentanilo

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado y desarrollado por la Unidad de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe de Sevilla estando implicados cardiólogos clínicos y especialistas del Laboratorio de Ecocardiografía.
Descripción del problema/necesidades.
La ecocardiografía transesofágica (ETE) bajo sedación clásica con midazolam está asociada con frecuencia a molestias menores como nauseas, disnea, dolor o irritación local que condicionan la realización de la prueba o, cuanto menos, una experiencia traumática para el paciente. La sedación combinada con benzodiazepinas y opioides mayores, empleada con éxito en otros procedimientos, se plantea como una alternativa segura y con mayor aceptación, al combinar el efecto hipnótico y amnésico de una menor dosis requerida de benzodiazepinas con el efecto analgésico, sedante y la depresión del reflejo nauseoso que aporta el opioide.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Entre el 3/03/08 y el 2/10/08 se estudiaron de manera consecutiva y prospectiva a 60 pacientes sometidos a ETE bajo sedación con midazolam y fentanilo. Se analizaron las complicaciones existentes, el número de intentos requeridos para la introducción de la sonda, la satisfacción del médico y del usuario y el grado de sedación obtenido.
Resultados obtenidos.
El nivel de satisfacción respecto a la sedación de la prueba fue considerado bueno o muy bueno en el 96.6% de los casos por médicos y pacientes. El único síntoma referido fueron ligeras nauseas al inicio en el 27.1%. Se produjo un descenso significativo de la tensión arterial sistólica (media de 12 mmHg) no alcanzando criterios de hipotensión significativa que obligara a detener la prueba. El nivel de sedación alcanzado según la escala Ramsay fue considerado óptimo en el 60% de los pacientes y aceptable en el resto.
Lecciones aprendidas.
Alcanzar un nivel de inconsciencia próximo a la sedación profunda permite reducir los síntomas asociados a la ETE, realizar un estudio exhaustivo y satisfacer la principal demanda del paciente. La inducción anestésica con midazolam y fentanilo, según el protocolo que proponemos permite alcanzar este objetivo de manera sencilla y con escasas complicaciones asociadas, por lo que su aplicación de forma rutinaria podría considerarse para establecer de forma segura un producto de mayor calidad.

C-634

APLICANDO EL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS EN ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA.

RETEGUI G.; REVELLO A.; PÉREZ CANO B.; PÉREZ DE LA YGLESIA R.; MARIN J. Y RUIZ BORRELL M..
H San Juan de Dios Aljarafe Bormujos - Sevilla

Palabras Clave: Ecocardiografía transesofágica, Humanos

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado y desarrollado por la Unidad de Cardiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe de Sevilla estando implicados cardiólogos clínicos y especialistas del Laboratorio de Ecocardiografía.
Descripción del problema/necesidades.
Una petición común de médicos y pacientes sería alcanzar durante las pruebas invasivas o semiinvasivas el mayor grado posible de confort y seguridad, para lo cuál planteamos la realización de un protocolo de Calidad basado en el sistema de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) aplicado a la realización de ecocardiografía tranesofágica ambulatoria. Nos proponemos en este trabajo explicar la fase de diseño, su aplicación en nuestro laboratorio, así como evaluar la seguridad y satisfacción en los integrantes del proceso.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Una vez seleccionado el grupo de trabajo y diseñado el protocolo se procedió a identificar los modos potenciales de fallo con una mayor prioridad sobre el resultado final. Las soluciones propuestas fueron introducidas procediéndose posteriormente a evaluar la efectividad y seguridad del proceso. Entre el 3/03/08 y el 2/10/08 se incluyeron de forma consecutiva a 60 pacientes sobre los que se analizaron las complicaciones existentes y el grado de satisfacción obtenido tanto del médico como del usuario.
Resultados obtenidos.
El nivel de satisfacción respecto a la realización de la prueba fue estimado como bueno o muy bueno en el 96.6% de los casos por médicos y pacientes. No se apreciaron complicaciones mayores. Las complicaciones menores existentes no se asociaron con un menor grado de satisfacción, estando éste principalmente asociado con el nivel de sedación obtenido.
Lecciones aprendidas.
El AMFE es una herramienta ampliamente utilizada en procesos de gestión de calidad e introducida desde hace años dentro del ámbito sanitario. El objetivo principal en su aplicación es asegurar la satisfacción del usuario final y de todos los integrantes del sistema. Su aplicación es desconocida dentro del campo de la Cardiología, por lo que recomendamos su realización previa a la implantación de determinados procesos clásicamente asociados a un nivel de complicaciones o de insatisfacción elevado como la ecocardiografía transesofágica.

C-635

CALIDAD EN LOS CUIDADOS: CUIDADORAS DEL SIGLO XXI

SAN ALBERTO GIRALDOS,M. Y CABEZON RODRÍGUEZ, T.I..
Unida de Gestion Clinica La Lobilla

Palabras Clave: Cuidados, Calidad, Formación, Transculturalidad.

RESUMEN

Contexto de partida.
Experiencia formativa colaborando con Fundación Globalia (ONG Proinmigrantes) y Enfermeras Gestoras de Casos ZBS Estepona. La Fundación, cediendo locales, captación grupo, difusión y certificación del curso. EGC realizaron diseño, docencia, evaluación y valoración del taller. El D S Costa del Sol con elaboración encuestas evaluación y tríptico formativo
Descripción del problema/necesidades.
Nuestra sociedad envejece, tiene mayor necesidad de cuidados y más complejos. Anteriormente la familia los asumía, actualmente modificación familiar y cuidados complicados, fuerzan la contratación de cuidadoras formales. La Ley de Dependencia también promueve esa contratación. Cuidadoras mayoría mujeres y extranjeras, con déficit conocimientos, descoordinación con servicios sanitarios, problemas de transculturalidad y ocasionalmente barreras idiomáticas. Esto deriva en detrimento de los cuidados. Las Enfermeras Familia detectan dicha carencia
Desarrollo y soluciones aportadas.
Cuatro módulos, 91 apartados. 8 horas semanales, cuatro semanas. Metodología didáctica, contenidos teóricos/demostrativos, participación activa. Dirigido personas inmigrantes proceso integración social y laboral. Grupo multicultural: 15 alumnas/os, 7 nacionalidades Edad: 19 a 52.Lugar: Locales Fundación. Fecha: 14 Abril al 8 Mayo 2008. Podrán adquirir formación relacionada con dominio técnicas, recursos, productos, conocimientos dietéticos, higiénicos, aseo personal/vestuario, riesgos y su prevención, autocuidados y otros cuidados necesarios para desempeñar correctamente las tareas que compete como auxiliar domiciliaria. Proporcionar formación desde los profesionales de enfermería garantiza: calidad de los cuidados, coordinación domicilio-CS, aportando seguridad a cuidadoras y pacientes
Resultados obtenidos.
Evaluación contenidos: Autoevaluaciones (por módulo). Evaluación final: evaluación escrita monotemática y práctica. Encuesta satisfacción. No existe causa de errores y desviaciones: el primer día realizamos diagnóstico de inicio y pudimos cambiar/adecuar temario a expectativas solicitadas y recogidas. Así satisfacer las necesidades manifestadas del aprendizaje y poder cumplimentar grado de contenidos y objetivos propuestos. Adaptación lenguaje, uso traductora. Asistentes y organizadores manifestaron interés repetir cursos
Lecciones aprendidas.
Diagnóstico de inicio modificación temario original. Por observación directa detectamos campos de mejora con aumento/disminución contenidos. Realizar evaluación de transferencia e impacto, comprobando si las personas participantes en taller desarrollan la actividad prevista y su calidad, como propuesta mejora

C-636

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA: DOS VOCES A ESCUCHAR

AIBAR REMÓN, CARLOS ; GIMÉNEZ JÚLVEZ, TERESA*; FEBREL BORDEJÉ, MERCEDES ; LÓPEZ HERNÁNDEZ, EVA ; CASTÁN RUIZ, SILVIA Y LORIS PARDO, CÉSAR .
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Palabras Clave: Seguridad de los pacientes, Investigación clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
El interés por la seguridad de los pacientes (SP) que participan en ensayos clínicos y proyectos de investigación forma parte de las preocupaciones de Comités de Ética e Investigación, autoridades sanitarias y profesionales sanitarios.
Descripción del problema/necesidades.
Los objetivos fueron los siguientes: Promover un clima de confianza entre pacientes e investigadores en relación con la investigación clínica y la asistencia que se presta para debatir sobre la información facilitada a los pacientes y para conocer el grado de satisfacción con la atención e información recibidas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Jornada de discusión sobre la SP en la investigación clínica. Participaron 2 grupos de discusión. Uno de 8 investigadores seleccionados en función de su experiencia investigadora y otro de 14 pacientes que habían participado en proyectos de investigación. Para cada grupo se elaboró un cuestionario que orientara y sistematizara el proceso de discusión y permitiera generar ideas clave y propuestas de mejora. Cada grupo contó con un coordinador, un relator y dos observadores miembros del Comité de Ética.
Resultados obtenidos.
En ambos grupos se señalaron como razones esenciales para participar en un proyecto de investigación "la confianza y seguridad en el investigador" y "el posible beneficio del tratamiento". Los pacientes reconocen sentirse "responsables de la decisión" tras presentarles los investigadores las alternativas a la inclusión. En relación con la hoja de información, los investigadores comentan que "más que leerla la explican, la traducen". Los pacientes consideran esta información exhaustiva y precisa pero que la información oral es la fundamental. El consentimiento informado es vivido por los pacientes como "un proceso continuo de intercambio de información" más que como una obligación legal. El CI según ambos grupos siempre se firma en el momento o tras un periodo de reflexión. Es valorado como complejo y extenso por lo que los investigadores sugieren introducir un resumen de una página con la información más relevante. La percepción de los pacientes es de "seguridad, control riguroso y una atención muy estrecha". Ya que la investigación requiere gran exhaustividad y monitorización estricta. Los pacientes destacan que la participación interfiere en su vida diaria, pero en general, la experiencia la viven "con normalidad", "confianza" y "esperanza".
Lecciones aprendidas.
"Investigar la investigación" y contrastar la visión de investigadores y pacientes es esencial para mejorarla, ya que una investigación bien hecha mejora la seguridad del paciente.

C-637

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL CONTROL DE GLUCEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS

ALAMEDA VARELA, R.; QUIRÓS HERRANZ, C.; GARCÍA GÓMEZ, S.; CARMONA MONGE, FJ.; MARTÍNEZ LAREO, M.; CERRILLO GONZÁLEZ, I.; JARA PÉREZ, A. Y ROLLÁN RODRÍGUEZ, G..
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Palabras Clave: control glucemia, enfermería, cuidados críticos

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en una UCI de 12 camas de un hospital de 3º nivel de la Comunidad Autónoma de Madrid, desde octubre 2007 a mayo 2009. Se recogieron diariamente las determinaciones glucémicas de los pacientes con control de glucemia dirigido por enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
Tras desestimar diferentes protocolos de control de la glucemia por los malos resultados en el control de glucemia, comenzamos a emplear un sistema dirigido por el personal de enfermería. Después de estar 9 meses empleándolo nos surgió la necesidad de valorar si el método planteado de control individualizado de la glucemia bajo la dirección del personal de enfermería, conseguía mantener las cifras glucémicas dentro de el rango deseado, en igual o mayor tiempo que estudios realizados con protocolos dinámicos y si conseguíamos reducir los episodios de hipoglucemia que describen otros estudios.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras la orden médica de iniciar tratamiento de control de la glucemia, el personal de enfermería de la unidad se encarga de iniciar la bomba de insulina, ajustar su dosificación y de la realización del número de determinaciones glucémicas que se estiimen necesarias para alcanzar el rango predeterminado de 100-140mg/dl.
Resultados obtenidos.
De los 101 pacientes sometidos a control de la glucemia dirigido por enfermería, se realizaron un total de 18.610 determinaciones glucémicas, de las cuales el 58,7% se mantuvieron en el rango objetivo del estudio y predeterminado en la unidad (100-140 mg/dl) y el 69,2% de las determinaciones entre los valores fisiológicos de glucemia (80-140mg/dl), no se registró ninguna glucemia por debajo del valor de 40mg/dl y sólo el 0,2% se encontraron entre los valores de 40-60 mg/dl, sin ningún acontecimiento clínicamente adverso.
Lecciones aprendidas.
El control de la glucemia en paciente críticos realizado y dirigido bajo juicio de enfermería ha demostrado mantener los valores glucémicos dentro del rango establecido, en un porcentaje similar al de estudios bajo juicio de un protocolo establecido. Asimismo, ha evitado la aparición de hipoglucemia severas, ha reducido considerablemente la incidencia de hipoglucemias moderadas, no apareciendo ninguna complicación asociada.

C-638

ÁNALISIS DE LAS PRESCRIPCIONES EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA Y SU RELACION CON LOS ERRORES DE LA MEDICACION

RIOS LINARES LAURA; RODRÍGUEZ PÉREZ SILVIA; PÉREZ GUERRERO MC; PARDO TALAVERA JUAN CARLOS; SÁNCHEZ LACARCEL MD Y VIEIRA GONZALVES V.
USP HOSPITAL SAN CARLOS MURCIA

Palabras Clave: Seguridad, Medicacion.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó estudiando, por parte de enfermeria, las prescripciones de tratamiento de una planta de Medicina Interna de un hospital privado.
Descripción del problema/necesidades.
La correcta administración de la medicación prescrita es fundamental en el tratamiento y evolución de los pacientes. La trascripción errónea por parte de enfermería de las órdenes facultativas debido a una escritura inapropiada o ininteligible es una causa frecuente de problemas en la seguridad del paciente. Se intentó mejorar la atención a los paciente y su seguridad. Se analizarón las prescripciones facultativas en una planta de MI donde la prescripción era manual
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante 1 mes, hemos realizado un trabajo prospectivo en el que evaluamos los errores existentes, tanto en el tratamiento médico, como en la trascripción posterior por parte de enfermería de dichos tratamientos. Una enfermera experta (>1 año) y una novel (<1 año) trascribieron los tratamientos de una serie de médicos en una planta de MI. Se evaluó el número de prescripciones totales, la dosis, el intervalo, la vía, la forma farmacológica y se valoraron los errores existentes entre lo que el médico había escrito y lo que había entendido, tanto la enfermera experta como la novel. Se estudiaron también los defectos en la prescripción del médico (vía, dosis, etc.)
Resultados obtenidos.
Se valoraron un total de 200 tratamientos (928 prescripciones). Solamente un 22% de las prescripciones estaban completas; en 33% de los casos se definió correctamente la vía de administración. En 14% faltaban las dosis y en 31% los intervalos entre ellas. En 28 % de los casos existía una vía alternativa no mencionada. No existieron, prácticamente, errores en el fármaco o la forma farmacológica. De forma significativa (p= 0.003), la enfermera experta interpretaba mejor que la novel las prescripciones facultativas, siendo esta diferencia claramente manifiesta (p=0.007) en la interpretación de los nombres de los medicamentos y/o fluidos
Lecciones aprendidas.
Existen una gran cantidad de errores en las prescripciones de los facultativos. Estos afectan sobre todo a la vía de administración del fármaco, pero a veces también a la dosis e intervalo. Estos errores se magnifican por la difícil interpretación de las prescripciones manuales. La enfermera experta interpreta de forma correcta en más ocasiones que la novel los tratamientos escritos por los colegiados. Para subsanar estos problemas estamos poniendo en marcha en esta planta de MI, la prescripción informatizada, que ya funciona, con buen rendimiento, en otras plantas de nuestro Hospital

C-639

CICLO DE MEJORA DE LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO URGENCIAS

ALCARAZ MARTÍNEZ, J; SÁNCHEZ ORO, I; MARTÍNEZ GARCÍA, R; SOTO CASTELLÓN, B; RAMIRO TENA, E Y ABELLÁN GUILLÉN, J F.
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: Cirugía, Urgencias, Seguridad del paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
En enero de 2008 se creó un grupo de trabajo integrado por personal de enfermería y médicos de urgencias, además de personal médico de cirugía, infecciosas y traumatología de nuestro Hospital.
Descripción del problema/necesidades.
Se partía de la hipótesis de que la preparación del paciente para cirugía urgente podía ser mejorada. Estudios recientes indicaban que la utilización de check list mejoraba la seguridad del paciente. Con el fin de medir la calidad de este subproceso se elaboraron 7 indicadores que se midieron en una muestra de 100 pacientes inicialmente y 50 tras implantar mejoras.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras la evaluación inicial de cumplimientos de criterios, se difundieron los resultados entre el personal de enfermería, modificando la hoja de verificación de protocolo de preparación quirúrgico existente para introducir cambios sugeridos y cambiándose el rasurado con maquinilla existente por rasuradota eléctrica conseguida mediante una beca (Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el impulso de prácticas seguras en los Centros Sanitarios. BORM 296 diciembre 2008)
Resultados obtenidos.
En la evaluación inicial, 4 de los 7 criterios tenían un cumplimiento inferior al 50%. En la reevaluaciones obtuvo una mejora en todos los criterios, que en 6 de ellos alcanzó significación estadística. Son destacables el aumento del uso de antibiótico adecuado del 62,7%±10,4 inicial al 80,4%±11,5 ($p<0,05$) y el uso de hoja de verificación del 8,4%±6 al 23,9%±12,3 ($p<0,01$). Aun quedan dos criterios con cumplimiento inferior al esperado.
Lecciones aprendidas.
Se ha mejorado la preparación del paciente para cirugía urgente pero es necesario continuar con acciones de mejora para aumentar la utilización de la nueva hoja. Ha faltado la participación de personal de enfermería de quirófano.

C-640

ADAPTACIÓN E IMPLANTACIÓN HOJA VERIFICACIÓN SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

MUÑOZ BODEGA,E.; GARCÍA HELLÍN,A.; RUIZ PEREIRA,P.; LOBATO TORRE,M Y FUENTE BLANCO,MC.
Fundación Jiménez Díaz

Palabras Clave: Seguridad,Cirugía,Complicaciones, Pacientes, checklist

RESUMEN

Contexto de partida.

La Fundación Jiménez Díaz siguiendo las recomendaciones de la OMS,está inmersa en el proyecto de implantación del sistema de verificación de la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Participantes Dirección,Calidad,Cirujanos,Anestesistas,Enfermería

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo general del proyecto es la de minimizar las complicaciones severas asociadas a la cirugía: Operar al paciente correcto en el sitio correcto Prevenir daños por la anestesia Conocer y prevenir los riesgos por elevadas pérdidas hemáticas Reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico Intercambiar la información critica para el manejo seguro del paciente en la intervención**Desarrollo y soluciones aportadas.**

Fases: soluciones aportadas 1.Creación de un grupo “ad hoc” de Seguridad Quirúrgica de expertos 2.Recogida de datos para elaborar la “Hoja de Verificación de Quirófano” de acuerdo a la sistemática de trabajo del hospital 3.Difusión del proyecto a todo el personal de Bloque Quirúrgico y UCSI 4.Prueba piloto durante un mes, antes de la implantación general.Se eligieron dos servicios quirúrgicos,Cirugía General y Digestivo para el Bloque quirúrgico y Oftalmología para la UCSI 5.Reuniones del grupo de Seguridad Quirúrgica para hacer el seguimiento 6.Análisis y mejora del proyecto una vez finalizado el pilotaje7.Aprobación por la Dirección e implantación general Área Quirúrgica Hospital

Resultados obtenidos.

Durante el periodo del pilotaje se intervinieron 252 pacientes, existen datos de registro de la hoja de verificación de seguridad quirúrgica de 221,por lo que podemos decir que el nivel de implantación fue del 87,70%,confirmación paciente 95%,complicaciones 3,7%,verificación pausa quir. 66% Del análisis surgió la necesidad de elaborar instrucciones asistenciales :
Procedimiento de marcaje para la prevención de la cirugía en lugar erróneo Monitorización del proceso de esterilización Procedimiento de control de seguridad del equipamiento anestésico Procedimiento de identificación y conservación de muestras para Anatomía Patológica

Lecciones aprendidas.

La Organización valora y apoya una comunicación abierta entre profesionales, este proyecto ha puesto de manifiesto que el trabajo en equipo multidisciplinar es importante La transmisión de la información del paciente entre áreas ha mejorado Los profesionales deben estar concienciados de la importancia de la Hoja de Verificación Quirúrgica para la seguridad del paciente Para analizar los datos es necesario que todo el mundo interprete de la misma forma las preguntas, alguna nos ha llevado a equivocaciones, es el caso de la pregunta de alergias conocidas,se cambio la redacción

C-641

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL INICIO DE LA APLICACIÓN DEL CHECKLIST EN UN QUIRÓFANO DE CIRUGÍA PROGRAMADA

RUIZ SALAZAR, Q; ELIAS RODRÍGUEZ, JA; GONZÁLEZ ESPINOSA ,T; GÓMEZ BARBADILLO, J; DÍAZ IGLESIAS, CJ Y DIAZ LÓPEZ , C.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Palabras Clave: Checklist quirúrgico, Listado verificación, Seguridad paciente

RESUMEN

Contexto de partida.

La Comisión de Seguridad del paciente, constituida en 2007, estableció como línea de trabajo la implantación del checklist quirúrgico en todas las intervenciones del hospital (40.000 anuales), dentro del Plan global del centro. Su implantación fue progresiva comenzando en los quirófanos de Cirugía General, Cirugía torácica y Urología, para generalizarse a todos los Servicios quirúrgicos a partir del 2 de Junio de 2009.

Descripción del problema/necesidades.

La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tienen entre sus prioridades la seguridad quirúrgica del paciente. El listado de verificación es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida medidas preoperatorios, intraoperatorias y postoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados

Desarrollo y soluciones aportadas.

Inicio: 16 de Marzo de 2009 soluciones aportadas Metodología:
-Información del equipo quirúrgico: Enfermería, cirujanos y anestesistas de los fundamentos del checklist quirúrgico.
- Revisión bibliográfica.
- Utilización del formato de listado de verificación de la OMS.
- Alta en el mapa de la OMS, tras iniciar la aplicación.
- Divulgación de implantación al personal de otros quirófanos.
- Modificación del formato del listado según las necesidades detectadas.
- Inicio de utilización del formato general para todo el Hospital tras 2 meses.

Evaluación de la aplicación del checklist.
-Análisis causa–raíz de los EAs notificados e introducción de mejoras.
-Aplicación de medidas correctoras.

Resultados obtenidos.

El checklist fue aplicado en el 82% de las 110 intervenciones realizadas: resecciones colorectales, esofagogástricas, colecistectomias , hernias y proctología , durante este periodo de adaptación en el quirófano de Cirugía General.

Lecciones aprendidas.

La relación entre los miembros del equipo quirúrgico fue fundamental para llevar a cabo la implantación del listado, si bien, los cambios de personal fue un obstáculo en algunas ocasiones.
Su aplicación modificó los hábitos sobre la profilaxis antibiótica, adoptándose las medidas necesarias para que ésta se realizase siempre en la hora previa a la incisión.
Aunque no se ha evaluado aún la incidencia exacta de efectos adversos en el periodo de estudio, el checklist quirúrgico ha mostrado ya su utilidad para la evitación de sucesos críticos.

C-642

ANALIZAR ERRORES DE DISPENSACION FARMACOLOGICA EN 2 PLANTAS HOSPITALARIAS UNA CON PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA Y OTRA MANUAL

RIOS LINARES L; RODRÍGUEZ PÉREZ S; SÁNCHEZ LACARCEL MD; VIEIRA GONZALVEZ V; PARDO TALAVERA JC Y RODRÍGUEZ ESCUDERO MC.
USP HOSPITAL SAN CARLOS MURCIA

Palabras Clave: Seguridad Unidosis

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en 2 plantas de Medicina Interna (MI) de un hospital privado. El personal implicado en el trabajo fue personal de enfermeria.
Descripción del problema/necesidades.
Se había detectado un problema en los farmacos recibidos desde farmacia en diferentes plantas del hospital. Por dicho motivo procedimos a analizar en 2 plantas de MI los medicamentos dispensados sobre el total de medicamentos prescritos, para cuantificar el problema e intentar solucionarlo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante 1 mes evaluamos 100 hojas de prescripción de tratamiento en una de las plantas de MI con prescripción electrónica (MIpe) y 57 en otra planta de MI con prescripción convencional (MIpc). Se recogieron datos sobre numero de medicamentos prescritos, numero de dosis prescritas, numero de medicamentos recibidos y numero de dosis recibidas. Los datos se expresan como medias+/- desviación estandar y números y porcentajes. La comparación entre variables se ha realizado con la prueba de Mann-Withney y comparación de proporciones para datos independientes.
Resultados obtenidos.
Las faltas de prescripcion de medicamentos ha sido de 12 casos en MIpe (12%) y 3 en MIpc (5.3%) (p=0.167). Sobre un total de 1031 medicamentos a dispensar han faltado 15 (1.4%) y de 1584 dosis hay 24 faltas (1.5%) respectivamente. El porcentaje de faltas de medicamentos en la palnta con MIpc es de 0.82% y 0.78% en la MIpe (p=0.762), y de dosis de 1.79% y 1.26% respectivamente (p=0.507). Finalmente, la media de medicamentos que faltan en ambas plantas es de 1 (p=1.000) y de dosis 1.67 ± 1.15 en MIpc y 1.58 ± 1.44 en MIpe (p=0.711) (en los pacientes en los que hay déficits).
Lecciones aprendidas.
Los déficits en la dispensación de medicamentos por parte de farmacia son escasos. No existen diferencias significativas entre plantas en las que existe prescripción manual o electrónica.

C-643

EL LARGO CAMINO HACIA LA MEJORA EN CONFIDENCIALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DEL PINO JIMÉNEZ, M.D.* ; ALTARRIBAS BOLSA, E. ; LÓPEZ IBORT, N. ; IRIGOYEN RECALDE, I.; REVILLA MARTÍN, JM. Y GARCÍA CISNEROS, C..
HCU LOZANO BLESA ZARAGOZA

Palabras Clave: CONFIDENCIALIDAD SANITARIA, DOCUMENTACION CLINICA

RESUMEN

Contexto de partida.
La Comisión de Historias Clínicas (CHC) del HCU Lozano Blesa de Zaragoza inicia, a finales de 2005, una acción de mejora encaminada a mejorar la confidencialidad en la utilización, traslado y destrucción de la documentación clínica de la organización.
Descripción del problema/necesidades.
La intimidad documental está reforzada por el derecho de toda persona a que nadie pueda acceder a sus datos de salud sin autorización y por el deber de secreto del personal que accede en el ejercicio de sus funciones. El Hospital tiene Normas de Acceso a la Documentación y existe normativa sobre intimidad y confidencialidad, pero diariamente observamos hechos negativos que consideramos normales y asumimos con naturalidad.
La identificación de los puntos críticos en la utilización, traslado y destrucción de la documentación se realizó por tormenta de ideas en la CHC y por cuestionario con datos de observación directa de aspectos de organización y otros de opinión de personal sanitario, no sanitario y pacientes de una muestra de Unidades Asistenciales. A los dos años se repitió la encuesta para evaluar las intervenciones practicadas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se dividió en 7 etapas: soluciones aportadas
Formación del grupo de trabajo y cronograma de actuación.
Identificación de puntos críticos en la utilización, traslado y destrucción de la documentación.
Priorización de problemas según criterios de frecuencia, factibilidad, gravedad, coste e independencia de solución.
Definición de indicadores de medida y formularios.
Propuesta y selección de medidas correctoras.
Puesta en marcha de medidas correctoras.
Evaluación de resultados.
Resultados obtenidos.
Los efectos se midieron a partir de las encuestas y los talleres de formación impartidos: Se detectó un aumento de la sensibilidad de los profesionales hacia el tema, con importante demanda de formación sobre confidencialidad en el ámbito sanitario.
Se generaron nuevos proyectos de mejora de la confidencialidad de la documentación en soporte papel e informático.
Se implicó en las acciones de mejora a trabajadores sanitarios y no sanitarios no pertenecientes a la CHC.
Lecciones aprendidas.
El proyecto tiene limitaciones, por la muestra analizada y la recogida de datos, pero parece adecuado perfeccionarlo y dibujar el estado real del problema en el Hospital y en Atención Primaria, ampliando el espectro a la documentación en soporte informático y la información clínica en general.
Trabajamos en un ambiente que trivializa estas cuestiones por lo que cualquier intervención tendrá repercusión positiva si se consigue concienciar y hacer partícipes de las acciones a todos los estamentos.

C-644

LAS RECLAMACIONES COMO FUENTE DE INFORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

LUACES GAYÁN Mª ARANZAZU; PÉREZ HERNÁNDEZ ANA ISABEL; OLIVERA CAÑADAS GUADALUPE; BUSTAMANTE FERNÁNDEZ PILAR; AMENGUAL PLIEGO MIGUEL Y GÓMEZ MARTÍN ÓSCAR.
Gerencia área 6

Palabras Clave: Seguridad Paciente, Fuente Información, Reclamaciones

RESUMEN

Contexto de partida.
No disponemos de una categoría específica en la clasificación de las reclamaciones, para incluir las relacionadas con los problemas de seguridad del paciente. Esto hace que haya desconocimiento de lo que reclaman los pacientes que han podido sufrir algún suceso adverso durante la asistencia sanitaria.
Además esto hace que la gestión de las mismas sea igual que la del resto de reclamaciones, en vez de hacerlo bajo procesos operativos diferenciados.
El estudio se lleva a cabo por miembros de la unidad funcional de riesgos sanitarios para conocer el porcentaje de reclamaciones que pueden estar en relación con incidentes de seguridad del paciente.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo es valorar qué reclaman los usuarios / pacientes en relación con la seguridad clínica en el ámbito de la atención primaria. Saber qué categorías dentro de la clasificación general de las reclamaciones, acumulan el mayor porcentaje de motivos en relación con la seguridad clínica.
Conocer el porcentaje de las reclamaciones que son debidas a un efecto adverso
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio de 300 reclamaciones clasificadas durante 2008, en las soluciones aportadas categorías que pueden tener relación con problemas de seguridad del paciente: Limpieza de centros Recursos materiales Disconformidad con asistencia Trato incorrecto y falta de asistencia.
Se forman tres equipos de dos revisores.
Dos equipos valoran todas las reclamaciones de manera independiente.
El tercer equipo valora aquéllas que no han sido coincidentes en los dos equipos anteriores.
Se calcula el porcentaje de reclamaciones obtenidas como de problemas de seguridad del paciente en relación al total de las analizadas. Reevaluación de las que se extraen de la categoría que acumula mayor porcentaje para tipificarlas y cuantificación de las que son por un efecto adverso.
Resultados obtenidos.
Un 27% están en relación con problemas de seguridad del paciente, la categoría disconformidad con la asistencia engloba el mayor número de ellas (10,33%), en este grupo (35,48%) se producen por efectos adversos en el paciente que reclama. La disconformidad con el diagnóstico por diagnóstico tardío/ erróneo y la disconformidad con el tratamiento por no conformidad con lo prescrito o no conformidad con el seguimiento son las causas más frecuentes dentro de esta categoría (26%).
Lecciones aprendidas.
El que no exista una clasificación específica de las reclamaciones en relación con la seguridad de paciente impide un trato diferenciado de las mismas y la puesta en marcha de medidas de mejora que eviten efectos adversos. Habría que formar en seguridad a quien las codifique.

C-645

LA COMISIÓN TÉCNICA DE EVENTOS ADVERSOS: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

PEREA BAENA, MC.; ORTIZ MARTÍN, P.; SÁNCHEZ RUEDA, M. Y JIMENEZ RUIZ, M..
Hospital Virgen de la Victoria

Palabras Clave: seguridad, eventos adversos, comisión técnica

RESUMEN

Contexto de partida.
La Comisión Técnica de Eventos Adversos Relacionados con los Cuidados (CTEARC) del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga (HVV) formada por 29 profesionales de enfermería, tiene como objetivo contribuir a disminuir los riesgos derivados de la asistencia sanitaria y mejorar la seguridad de los pacientes del Centro
Descripción del problema/necesidades.
Estudios y publicaciones sobre seguridad del paciente ponen de problema/ manifiesto el riesgo que comporta la asistencia sanitaria en el medio necesidades hospitalario.
En consonancia con la línea de trabajo iniciada por el Sistema Nacional de Salud, la CTEARC del HVV, se propone: Promover una cultura de seguridad, mediante programas de formación, investigación y sistema para la comunicación de incidentes adversos
Desarrollo y soluciones aportadas.
1º Continuidad de la actividad de otros grupos de trabajo que se integraron en la CTEARC. 2º Valoración de la situación Cumplimentación de registros, errores en la administración de medicación y en la identificación de pacientes, circuito de detección de pacientes frágiles y de pacientes con UPP y protocolos de aislamiento 3º Actuaciones prioritarias Plan de formación Colaboración en el desarrollo de herramientas informática Diseño de un procedimiento para la detección de alteraciones de diferentes aspectos en el uso del material fungible
Resultados obtenidos.
Formación en las unidades asistenciales: -Prevención de infecciones nosocomiales r/c catéteres vasculares: 34sesiones/627 profesionales. -Prevención y cuidados de UPP: 8 sesiones/89 profesionales -Proyecto “Bacteriemia Zero”: 10 sesiones/47 profesionales Uso de herramienta informática para el registro y seguimiento de UPP Procedimiento para revisión de material fungible Participación y colaboración con otros grupos interdisciplinares: uso seguro del medicamento, campaña de higiene de manos, control y seguimiento de pacientes con aislamiento Revisión del cumplimiento de registros Actualización de protocolos relacionados con la seguridad del paciente
Lecciones aprendidas.
Valoramos positivamente la alta participación en las sesiones formativas de los profesionales de enfermería, y el haberlas extendido a la formación pregrado; la coordinación con otras comisiones del hospital y la colaboración en el diseño de documentos en aplicaciones informáticas disponible en intranet del centro, lo cual está permitiendo registrar y medir. La CTEARC detecta y revisa incidentes; propone y difunde soluciones; por lo que la consideramos una herramienta valiosa, aunque no la única, para cambiar y mejorar valores, creencias y comportamientos de los profesionales en el cuidado del paciente

C-646

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA MEDIANTE EL EMPLEO DE LOS REGISTROS SANITARIOS Y EL CUESTIONARIO BAROS

CAYON BLANCO, M; GARCÍA VALERO, A; BAENA NIETO, G; ROLDAN CABALLERO, P; ESCOBAR JIMENEZ, L Y AGUILAR DIOSDADO, M.
Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

Palabras Clave: Obesidad, cirugía bariátrica, bypass gástrico, calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Proyecto realizado en la Unidad Clínica de Gestión de Endocrinología y Nutrición del Hospital Puerta del Mar (Cádiz) por facultativos responsables de la atención de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.
Descripción del problema/necesidades.
El principal problema para evaluar el efecto de esta cirugía es la dificultad para cuantificar la calidad de los resultados obtenidos, dada la heterogeneidad de los criterios de medida usados. Con los datos obtenidos del Registro Sanitario de Cirugía Bariátrica del Sistema Andaluz de Salud (RSCBSAS) y la aplicación sistemática del test BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), se pretende realizar una aproximación objetiva de los niveles de seguridad, eficacia y satisfacción obtenidos. La consecuencia práctica es la de conocer nuestros resultados y detectar posibles parámetros susceptibles de mejora sobre los que incidir en actuaciones futuras.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El Proyecto se llevó a cabo mediante la práctica de un estudio transversal y descriptivo analizando las historias clínicas de los 43 pacientes intervenidos en nuestro Centro en los 2 años anteriores al estudio. Las variables demográficas, antropométricas y clínicas, así como los datos referentes a la evolución de las comorbilidades asociadas y el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas fueron recogidas a través del RSCBSAS. La eficacia de la intervención, evolución de comorbilidades y cambios en la calidad de vida se evaluaron mediante el sistema BAROS. Los resultados obtenidos fueron difundidos a los profesionales implicados en el proceso pertenecientes a las Unidades de Cirugía y Endocrinología.
Resultados obtenidos.
El Proyecto permitió objetivar las dimensiones: a) seguridad (morbilidad precoz: 11.6%, tardía: 30.2% y mortalidad: 0%); b) eficacia (91.6% pacientes con comorbilidades mayores mejoradas; porcentaje de peso perdido medio: 40.9 ± 9.7 Kg) y c) satisfacción (puntuación BAROS favorable: 97.7%). El sistema usado se consolidó en nuestro Centro como criterio de calidad permitiendo solventar la carencia de herramientas de medición objetivas. Como limitación, el no contemplar aspectos frecuentes en BAROS (p.e. dispepsia) podrían sobreestimar los resultados.
Lecciones aprendidas.
La aplicación de este sistema de control, permitió conocer que la cirugía bariátrica en nuestro Centro es segura, eficaz y satisfactoria. La incorporación de los parámetros frecuentes, pero no cuantificados, permitiría una aproximación más real. La aplicación práctica de este Proyecto radica en la dotación para nuestro Centro de una herramienta sencilla de control de calidad de este tipo de cirugía.

C-647

CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA TRANSICIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y PLANTA, EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI

CARRILLO ALCARAZ A; TORRECILLA SEQUI JA; LÓPEZ MARTÍNEZ A; CANOVAS VERA J; ALMAIDA FERNÁNDEZ MB Y GARCÍA OLIVAS JA.
HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA

Palabras Clave: Seguridad, Conciliacion Medicacion, Transición Entre Servicios.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido realizado por médicos y enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital universitario mediante entrevista personal con enfermos, familiares y revisión de tratamientos.
Descripción del problema/necesidades.
Los errores en la conciliación de la medicación son frecuentes en los pacientes hospitalizados. Los pacientes que precisan ingreso en UCI suelen tener patologías previas con lo que es frecuente la polimedicación, con lo que los errores en la conciliación de medicación pueden ser frecuentes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio prospectivo, observacional, de los pacientes ingresados de forma consecutiva en UCI, procedentes de Urgencias, durante un periodo de 45 días. Tras el ingreso se realizaba una historia sobre medicación con entrevista personal al paciente y/o familiar, se revisaban todos los documentos clínicos y se pedía a la familia que trajera todos los medicamentos del paciente ("bolsa de medicación"). Se revisaban las hojas de tratamiento y se analizaba la transición entre atención primaria (AP), área de urgencias (AU), UCI y planta convencional (PC). El error de conciliación se define como omisión, duplicidad, modificación de dosis, de frecuencia o vía de un fármaco en la transición entre servicios. Los resultados se expresan como medias ± desviación estándar y porcentajes. Las comparaciones se han realizado mediante la prueba Ji2 de Pearson.
Resultados obtenidos.
Se ha estudiado 75 pacientes con un total de 1211 transiciones de medicación entre servicios, La información sobre medicación previa se ha obtenido en 74.7% del paciente, 57.3% de familiar, 16% han traído "bolsa de medicación" y 54.6% de informes previos. El numero de medicamentos previo al ingreso en UCI era de 6.2±4.1, en urgencias 3.9 ±2.2; en primer dia UCI 8.3±3.6 y el primer día en planta 6.9±3.0. Los errores de la conciliación en las transiciones APUCI, AU-UCI y UCI-PC fueron 296 (76.7%), 123 (47.1%) y 193 (34.2%) respectivamente (p<0.001), considerándose justificado un 29.4%, 43.1% y 53.9% (p<0.001). La repercusión sobre el paciente se consideró como no productora de daño en 100, 94.3 y 98.9%, requirió intervención/monitorización para prevenir daño: 0, 4.3 y 1.1% y con daño potencial: 0,1.4 y 0% respectivamente (p=0.010). El principal motivo del error no justificado fue la omisión del fármaco (88, 28 y 52% respectivamente; p<0.001)
Lecciones aprendidas.
Los errores de conciliación son muy frecuentes en los pacientes que precisan de ingreso en UCI sobre todo en la transición entre atención primaria y UCI, aunque la repercusión sobre los pacientes no parece ser grave.

C-648

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA INTEGRADA: FIABILIDAD EN LOS CUIDADOS"

MARIA VICTORIA CRESPO TORRES; VANESA CARRASCO GIL; ANTONIA DELGADO JIMENEZ; VANESA JIMENES DURÁN; MARIA ISABEL DE LA TORRE NAVARRO Y REBECA MUÑOZ BUIL.
HOSPITAL SUR ALCORCON

Palabras Clave: Valoración Integrada, Continuidad en los Cuidados

RESUMEN

Contexto de partida.

En las diferentes áreas hospitalarias se realizaban valoraciones de enfermerías propias; que no generaban un seguimiento de los cuidados reales. Se crea un grupo de trabajo que estudia la posibilidad de integrar los cuidados de enfermería durante la asistencia al paciente usando como herramienta una valoración de enfermería accesible, dinámica y de fácil aplicación integrada en nuestro sistema informático.

Descripción del problema/necesidades.

Durante el ingreso del paciente se realizaban diferentes valoraciones de enfermería a medida que recibía asistencia en las diferentes áreas que integran nuestro centro. La valoración se componía de numerosos ítems dentro de la aplicación, que se rellenaban por duplicado en los diferentes servicios. Se busco la manera de permitir un acceso múltiple y accesible a todo el personal, se generó una valoración dinámica cuyo origen se establecería en el servicio de ingreso y se modificaría para garantizar unos cuidados eficaces que asegurasen la continuidad de los cuidados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Una vez generada la aplicación informática que integraba todas las áreas afectadas, se organizaron sesiones informativas para comunicar el acceso a la aplicación y su contenido facilitando su uso y su difusión. En un principio se integró el área de urgencias, creando y actualizando el triaje e integrando su contenido en la valoración de enfermería que se aplica a la hospitalización. La parte más complicada se nos presentó al intentar integrar el área quirúrgica a la hospitalización debido a la duplicidad de los ítems y a la diferente accesibilidad.

Resultados obtenidos.

Gracias al proyecto logramos reducir los tiempos con respecto a:-La asistencia en el box de urgencias: anterior al proyecto se generaban triajes manuales que los facultativos integraban en la aplicación. -El tiempo de realización de la valoración de enfermería en la hospitalización, la aplicación ya reflejaba los datos inicales, solo se agregarba lo propio de la hospitalización. -En los traslados intrahospitalarios (UCI,QX,CMA), solo es necesario ampliar e incluir las actuaciones propias. Para medir la efectividad de las medidas instauradas se usan diferentes indicadores integrados dentro del sistema general de calidad del centro usando los resultados semestrales obtenidos en las encuestas externas de satisfacción.

Lecciones aprendidas.

Como experiencia ha sido muy positiva, en primer lugar la satisfacción de integrar ideas desde las diferentes áreas, de lograr un trabajo en conjunto y de verificar como la planificación y el desarrollo del proyecto facilita y agiliza el trabajo diario de la enfermería.

C-649

IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS A TRAVÉS DE UN REGISTRO DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS

ANA BELEN JIMENEZ MUÑOZ; PAUL ZEGARRA SALAS; LORENA FLAVIA RODRÍGUEZ GIJON; PAZ RODRÍGUEZ PÉREZ; ANTONIO MUIÑO MIGUEZ Y MARIA SANJURJO SAEZ.
HOSPTIAL GREGORIO MARAÑON

Palabras Clave: Efectos adversos, Incidentes, Registro

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se ha desarrollado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, hospital de tercer nivel que en la actualidad cuenta con 1400 camas. Fue dirigido por los integrantes de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos(UFdGdR), constituida en el año 2006, con la asesoría técnica del Sº de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad y que cuenta con representantes de personal medico y de enfermería de diferentes especialidades

Descripción del problema/necesidades.

La seguridad del paciente es una preocupación de todas las organizaciones. El HGUGM estudió la prevalencia de los efectos adversos(EA), obteniendo en estudio retrospectivo realizado el año 2006, en un servicio de medicina interna, una Prevalencia de pacientes con EA de 13,63%. Una de las medidas propuestas fue la implementación de un Registro de Incidentes y EA, con el objetivo de identificar situaciones de riesgo, cuyo abordaje nos permitiera eliminar los riesgos o al menos atenuar las consecuencias para la salud del paciente

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.Enmarcado dentro del plan de seguridad elaborado por la UFdGdR, se constituye un grupo de trabajo para el diseño del registro y del circuito de análisis-respuesta 2.Se imparten charlas sobre Seguridad en una unidad voluntaria y durante un mes se realiza un pilotaje del registro, que conllevo ciertos ajustes 3. Se celebra una Jornada sobre Seguridad dirigida a todo el hospital, en la que se presenta el registro. En todos los cursos organizados por la UFdGdR se dedica parte de la formación a la difusión del registro. Se realizan charlas dirigidas a grupos de interés. Para asegurar que la información llega a todos los profesionales se crea un espacio en la intranet del hospital y se elaboran carteles que fomentan la notificación

4. Todas las comunicaciones recibidas son discutidas por la UFdGdR, y se les da respuesta, cuya difusión se realiza a través de la intranet

Resultados obtenidos.

Se han recibido 150 comunicaciones. Las las acciones más importantes se agrupan en 4 áreas: Formación e información Adquisición de nuevo material Rediseño de circuitos Evaluación de protocolos

Lecciones aprendidas.

A pesar del infraregistro, consideramos una herramienta muy útil para la implantación de prácticas seguras. Aunque no se detecte todo, tenemos un canal de comunicación abierto con los profesionales. Poco a poco esperamos conseguir una mayor sensibilización acerca del tema de la seguridad, que se traduzca en un aumento en la notificación de incidentes(al entenderlos como una oportunidad para aprender y mejorar)

C-650

EFQM, SEGURIDAD CLÍNICA Y RAI

CAPDEVILA GARCÍA E; PRIETO CASTILLEJO A; LÓPEZ ALONSO M. D., ; VALDEPEÑAS ISIDRO M.A; COBOS TÉLLEZ M., Y FERNÁNDEZ GARCÍA I.
CENTRO S. JUAN DE DIOS

Palabras Clave: Seguridad Clínica, EFQM, RAI

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se desarrolla en el Centro San Juan De Dios de Ciempozuelos, Se trata de un centro monográfico psiquiátrico, segmentado en áreas asistenciales. Una de las 3 fundamentales es la de Psicogeriatría.. En la realización del trabajo han intervenido, Psiquiatras, Psicólogos, Geriatras, Enfermeros y Auxiliares de Clínica.

En el año 2004 se inicia un camino de Excelencia en la Gestión basado en el modelo EFQM reconocido con la renovación del Sello 400+ del Club de Excelencia en Gestión en el mes de marzo del año en curso.

Descripción del problema/necesidades.

Entre las líneas estratégicas más relevantes directamente inserta en el programa de calidad, figura la Seguridad Clínica y dentro de ella, el registro de Acontecimientos Adversos

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el año 2005 se comienza a trabajar con un modelo derivado de la tecnología RAI (NH), basado en los ítems que desencadenan áreas de planificación de cuidados (RAPS)

Se diseña una herramienta informática específica para evaluación de los ítems que elabora de forma automática los RAPS desencadenados, inserta en el Sistema de Gestión de Pacientes.

Resultados obtenidos.

Se comprueba que los Indicadores de Calidad RAI NH que descansan sobre los ítems utilizados, son excelentes indicadores de Proceso (5 EFQM) al medir la eficacia del proceso asistencial prestado y de Resultado Clave Asistencial (9 EFQM) permitiendo la comparación con otros centros para desarrolllo de beenchmarking y por ende iniciar el camino a las mejores prácticas , por lo que se comienza a utilizar como elementos para la medida de los resultados asistenciales del área.

Lecciones aprendidas.

De otra parte, algunos de ellos como :
J4c Fractura de cadera en los últimos 180 días J4d Otra fractura en los últimos 180 días J4a Ha sufrido caídas en los últimos 30 días J4b Ha sufrido caídas en los últimos 31-180 días E4cFisicamente agresivo O4a Antipsicoticos I1gg Esquizofrenia P4c Restricción de tronco P4d Restricción de miembros M1 Ulceras
Se sitúan como válidos para la detección, seguimiento y mejora de algunos acontecimientos adversos.
Se muestra en el póster, la evolución de los acontecimientos adversos en términos porcentuales sobre el volumen total de RAI efectuados

C-651

SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS Y TÉCNICAS INVASIVAS DEPENDIENTES DE ENFERMERÍA

DE LA TORRE GÁLVEZ, IM; VIÑAS VERA, C; FERNÁNDEZ CAMINO, F; SOTO SÁNCHEZ, MJ; CASTILLO LÓPEZ, S Y PADIN LÓPEZ, S.
HRU CARLOS HAYA

Palabras Clave: seguridad del paciente, infecciones nosocomiales

RESUMEN

Contexto de partida.

Se ha realizado a nivel institucional, abarcando todas las áreas en las que enfermería es garante de la seguridad del paciente en técnicas invasivas y mantenimiento de dispositivos, tales como vías venosas, drenajes, oxigenoterapia, sondajes vesicales y de nutrición. Los profesionales implicados pertenecen al área de gestión de calidad de enfermería y de medicina preventiva.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo y pertinencia se basa en la observación de la frecuencia y prevalencia de complicaciones derivadas de procedimientos invasivos dentro del proceso de salud del ususario en el ámbito hospitalario. Es pertinente un instrumento de medida ágil de indicadores de calidad en el área de control de infecciones nosocomiales. Las causas de infección nosocomial están evidenciadas por numerosos organismos, llegando a la conclusión que existe una mayor incidencia de infecciones respiratorias, urinarias, quirúrgicas y venosas. Teniendo en cuenta la higiene de manos y el procedimiento/ mantenimiento decada técnica, se diseña un registro de datos que resulte ágil de cumplimentar y de explotar, a su vez de adecuado para su salto a formato electrónico.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se llevó a cabo en el área de calidad y del servicio de medicina preventiva en cuanto a evaluación y analisis. Se diseñó un registro dándole cabida dentro de los registros enfermeros, sustituyendo apartados repetitivos dentro de la historia del paciente para no aumentar la carga asistencial de estos profesionales. La difusión ha sido la sustitución de la hoja antigua por la actualizada y talleres informativos de uso y pertinencia. Las fases son asesoramiento, desarrollo de datos e items a evaluar, creación de registro, difusión y actualmente estamos en fase de implantación y observación de limitaciones para generar áreas de mejora.

Resultados obtenidos.

Estamos en fase de pilotaje en determinados servicios para detectar fallos y limitaciones del registro. A día de hoy no existen problemas, si bien un cierta resistencia al cambio en varios profesionales. Las complicaciones derivadas de las técnicas invasivas no son de fácil solución debido a diversos factores causales. Hemos conseguido crear una base de datos que nos facilita la cuantificación de complicaciones derivadas de técnicas invasivas de las que es responsable enfermería, y la evaluación analítica de éstas, pudiendo detectar puntos conflictivos y/o deficiencias en el sistema de actuación asistencial.
Lecciones aprendidas un registro apropiado y pertinente facilita la evaluación de indicadores en beneficio de la seguridad del paciente y en la garantía de calidad de los cuidados.

C-652

GPC EN CUIDADOS DE HERIDAS: ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REINA JIMENEZ, M; GALA FERNÁNDEZ, B; LÓPEZ ALONSO, S; GARCÍA AGUILAR, R; CARDERO RIVAS, M Y PAJARES BERNALDO DE QUIRÓS, I.
Dirección General Asistencia Sanitaria. SAS

Palabras Clave: GUIA CUIDADOS HERIDAS PREVENCION TRATAMIENTO

RESUMEN

Contexto de partida.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria (SAS) se diseña un proyecto dirigido a la Agencia de Calidad del SNS, adscribiéndose a la línea: Seguridad de Pacientes (Fondos para Políticas de Cohesión 2007). Nombre del proyecto: Elaboración e Implantación de Guías Monográficas de Cuidados de Pacientes con Heridas.

Los profesionales sanitarios implicados (enfermeras/os) en las tres líneas de acción (elaboración, implementación y evaluación) obedecen a diferentes perfiles según la línea y la actividad: Asistencial, gestora, investigadora, docente.

Descripción del problema/necesidades.

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la prevención y tratamiento de las heridas. Las úlceras por presión, neuropáticas, isquémicas, oncológicas, etc., son un problema de salud de primer orden por su elevada prevalencia y morbi-mortalidad. La prevención y manejo correcto de las lesiones mejora la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores y contribuye en términos de seguridad clínica una garantía.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Elaboración de guías monográficas de cuidados en pacientes con soluciones aportadas heridas. Fases: Constitución de los grupos de trabajo. Requisitos : GRADE, AGREE, Taxonomías Enfermeras (NANDA-NOC-NIC).

Implantación de las guías monográficas de cuidados en pacientes con heridas. Fases:Estrategia de difusión y diseminacón: Direcciones de Enfermería y cuidados e Insitituciones sociosanitarias Establecimiento de estrategias locales de diseminación de las Guías: Talleres formativos para los implantadores Evaluación. Fases: Auditorias y Análisis

Resultados obtenidos.

Elaboración de la primera guía:"Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión" (5.000). Además de la"Guía resumida para personas cuidadoras". Disponible en formato electrónico y acceso web.

Esta guía ha sido incluida como documento de interés en el Observatorio para la Seguridad del Paciente (Consjería de Salud). Y en GUIA SALUD (Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud).

Proxima publicación de guías: Guía de de práctica clínica para el cuidado de la piel y mucosas en personas con epidermiolisisis bullosa Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de las úlceras arteriales Guías de heridas: Quemaduras

Lecciones aprendidas.

Las prácticas que se realizan de manera más habitual en el entorno de la asistencia sanitaria son las que con más frecuencia presentan una variabilidad mas elevada. El esfuerzo por unificar las mejores prácticas y extenderlas al conjunto del sistema cobra mayor importancia si cabe en estos casos. Nadie sabe más que todos juntos

C-653

ESTABLECIMIENTO DE LAS PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA

MARTÍN MEDINA MUÑOZ; JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ LÓPEZ; GERMAN BERMUDEZ GARCÍA Y DANIEL MORAL ALGUACIL.
Hospital Comarcal de la Axarquía

Palabras Clave: RCP, PCR, Coordinación, Actualización, Evidencia

RESUMEN

Contexto de partida.

En el hospital comarcal de la axarquía.Se definió una comisión de rcp para detectar áreas de desarrollo en esta materia. Una de sus propuestas es la creación de grupos de formadores en svb y sva que paralelamente difundan el procedimiento de actuación ante un pcr, obteniendo:

- Coordinación de los pasos a seguir ante una pcr.
- Tiempo de respuesta mínimo por parte del equipo asistencial a la pcr.
- Establecimiento de las actividades específicas a desarrollar por cada miembro del equipo asistencial ante la pcr. Además de prestar una atención fundamentada en la enfermería y la medicina basadas en la evidencia

Descripción del problema/necesidades.

Un incremento en la calidad de la asistencia.Ante una alta movilidad y heterogeneidad de los profesionales en nuestros servicios, la acusada especialización en el desempeño de nuestra actividad diaria, requiere de una actualización constante de los profesionales además de la creación de procedimientos que unifiquen y guién y que se encuentre adaptados a la características físicas y organizativas de cada institución

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó un programa de formación/difusión entre los profesionales para lo cual fueron elegidos varios expertos que interviniesen el la definición del procedimiento así como la formación del personal. Dicha formación se llevará a cabo mediante dos sesiones de 4 horas.Se evaluará los conocimientos previos de los asistentes posteriormente se profundizará en las recomendaciones cientifícas para una actuación correcta ante un rcp, y se difundirá plan funcional del hospital. Tras la formación teórico-práctica se reevaluaran los conocimientos adquiridos. Se usará un registro consensuado para anotar todo lo relativo a cada actuación concreta ante una rcp. Fase de información-implantación-seguimientoaño 2009 fase de evaluación:año 2010

Resultados obtenidos.

Una actuación eficaz y efectiva,minimiza posibles efectos adversos sobre el paciente y facilita herramientas que disminuye el temor del profesional ante una situación vital.Dado que se encuentra en la fase de implantación no sé conocen los resultado del proyecto todavía, pero es a traves de la hoja de registro y el grupo de trabajo como cuantificará y evaluará dichos resultados.Se detectó la necesidad de creación de un grupo de trabajo interdisciplinario para la reevaluación y actualización del plan.

Lecciones aprendidas.

La actualización de conocimientos y la unificación de criterios de conducta ante situaciones de emergencia permite la familiarización con los equipos y técnicas más avanzadas así como el mejor control de la situación.

C-654

ACCIONES DE MEJORA EN UN HOSPITAL DE DÍA A TRAVÉS DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR: REINGENIERÍA DE PROCESOS

FACIO A; GRAÑA B; RODRÍGUEZ PENÍN I; ROMERO E; VILA G Y ARANTÓN L.
ÁREA SANITARIA DE FERROL

Palabras Clave: seguridad, tiempos espera, hospital de día

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el hospital de día del área sanitaria de ferrol y colaboraron en el mismo un grupo de médicos, farmacéuticos y enfermeras de distintos servicios (oncología, hematología, medicina interna, hospital de día, farmacia, dirección)

Descripción del problema/necesidades.

Se establecieron tres objetivos principales: mejora de las seguridad, disminución de tiempos de espera de pacientes y disminución de tiempos muertos. En los tres objetivos se consiguieron resultados en base a las acciones tomadas. Para su análisis se realizó un dafo en el que se identificaron los temas a acometer tras lo que se hizo una matriz de priorización para la puesta en marcha de las acciones de mejora.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con los profesionales ya señalados. Se plantearon tres líneas de trabajo con sus responsables con dos fases: análisis e implementación de las acciones de mejora. Se envió información puntual a todos los servicios implicados.

Resultados obtenidos.

Tras la implantación se evaluó una lista de chequeo de las acciones propuestas y su cumplimiento. Se evidenció la consecución del 80% de los objetivos secundarios planteados. Se incorporó al dispositivo un nuevo aplicativo informático para la gestión de pacientes y administración de tratamientos de quimioterapia. Además se realizó una reodenación de los circuitos (fase preanalítica, fase de elaboración de tratamientos, gestión de agenda de tratamientos, ...) Las soluciones planteadas supusieron una mejora del punto de partida y se propusieron nuevas necesidades que se están estudiando en el momento actual. Algunas de ellas se remitieron a la dirección para que se tuvieran en cuenta en el plan director del hospital.

Lecciones aprendidas.

Es de gran importancia de crear grupos de trabajo para la implantación de acciones de mejora que sean realmente viables. Los hospitales de dia son dispositivos multidisciplinares que requieren la creación de grupos de trabajo para abordar los problemas existentes. La implicación de todos favorece la detección y propuesta de acciones de mejora. Así mismo la intervención en las fases de análisis e implantación de acciones de los profesionales responsables de la realización de las tareas favorece su puesta en marcha. La definición clara de la metodología de trabajo facilitó la dinámica del grupo. Se consiguió mejorar la seguridad de los pacientes, se disminuyeron los tiempos muertos en la sala de tratamiento y se redujeron los tiempos de espera de los pacientes. La intervención mejoró los elementos planteados como objetivos y se iniciaron nuevas lineas de trabajo.

C-655

TRABAJANDO JUNTOS FRENTE AL RIESGO INFECCIOSO DE LOS PACIENTES. LA EXPERIENCIA DE VIGO.

CARLOS MILLÁN; IGNACIO ENRIQUEZ DE SALAMANCA Y JOSE RAMON BERMUDEZ.
HOSPITAL POVISA

Palabras Clave: infección, equipo, seguridad, tecnología

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital POVISA define que desea disminuir el riesgo infeccioso de los pacientes. Los servicios de microbiología infecciosos y preventiva, se adelantan y organizan una matriz de interacciones para avanzar en la construcción de estrategias seguras para el paciente.

Descripción del problema/necesidades.

La gestión del proceso infeccioso en el hospital es un proceso complejo, con interacciones de agentes variados, y con imputs de información muy elaboradas. Se pretende organizar la matriz de interacciones para lograr una salida que se traduzca en mas seguridad para el paciente.

Mayor identificación de casos complejos, mejor gestión en términos de medidas preventivas y velocidad en el tratamiento, menores estancias de pacientes sin control. ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? SEmanalmente durante 3 años en una sesión clínica se discuten los casos y se acuerdan las actuaciones.

Mediante una red de indicadores que se describen en la comunicación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Creando un grupo multidisciplinario, montando una sistema de vigilancia y seguimiento y analizando periodicamente los resultados. Posteriormente se difunde la información por el sistema. Qué profesionales o grupos estuvieron implicados en esas soluciones? Servicios de Medicina Preventiva, Infecciosos, Microbiología, Informática, SErvicios clínicos y dirección médica. Información diarial, sesiones clínicas, informes a comisiones y dirección.

Planificación del objetivo del estudio y necesidades. Elaboración de las estrategias de captación de información. Actuacion sobre los pacinentes ingresados, medidas de control y seguimiento.

Resultados obtenidos.

Indicadores de estructura (existencia de sistema de captación de datos, reuniones, protocolos aprobados e informes de resultado), de proceso (nº de reuniones, interconsultas, días de aislamiento, prescripciones) y de resultado (transimisiones de gérmenes a pacientes, estancias fuera de control, porcentaje de aislamientos correctos)

En gran medida el resultado fué satisfactorio. Existen pocos casos de transmisión y la mayoría de las estancias son adecuadas. Aumenta la comodidad de los miembros del hospital que se sienten mas seguros. ¿Surgieron nuevas necesidades o problemas? La gestión de la información condiciona una carga al enfermero de M.Preventiva que el Hospital no asume.

Lecciones aprendidas.

Las lecciones y el mensaje práctico es que vale la pena esforzarse en buscar sinergias entre los miembros activos de una Organización para dirigir esfuerzos de mejora. La gestión de los pacientes infecciosos era un escenario difícil. Hemos tenido éxito.

C-656

ACCIONES CORRECTORAS EN UNIDAD DE DOLOR AGUDO ISO 9001:2000, ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE PARAPLEJIA CON ANALGESIA EPIDURAL

PÉREZ DOBLADO, PALOMA *; MURCIA SÁNCHEZ, ELENA; GUERRERO DIEZ, MARÍA; BOUZÓ MOLINA, NURIA; CARRASCOSA FERNÁNDEZ, ANTONIO J. Y PÉREZ-CERDÁ SILVESTRE, FRANCISCO.
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Hospital 12 de Octubre en el entorno de una Unidad de Dolor Agudo (UDA) ISO: 9001-2000. Los profesionales involucrados fueron los anestesiólogos de dicha Unidad y el grupo de gestión de riesgos dependiente de la Unidad de Calidad del hospital.

Descripción del problema/necesidades.

La paraplejia es una complicación infrecuente pero devastadora de las técnicas anestésicas neuroaxiales. Hemos sufrido un caso tras infusión epidural de anestésicos locales 48 horas después de haber realizado la técnica intraoperatoriamente El objetivo de la comunicación es describir las acciones correctoras emprendidas ante una paraplejia acaecida tras una artroplastia de rodilla cuya modalidad analgésica fue una infusión de anestésicos locales. Pretende describir el sistema utilizado para la identificación de las complicaciones asociadas a las técnicas analgésicas e investigar las causas en el entorno de una UDA ISO9001:2000

Desarrollo y soluciones aportadas.

-Registro y notificación del suceso centinela.El episodio se incluyó en la soluciones aportadas base de datos de incidentes de la UDA y se notificó a la Unidad de Calidad y a la Agencia de Medicamentos y Productos sanitarios.Se redactó un informe de no conformidad utilizando la norma ISO 9001:2000 -Aplicación de la metodología para el análisis causa raíz (ACR)

Resultados obtenidos.

El ACR permitió descartar lesiones neurológicas, infección, isquemia medular o hematoma perimedular y proponer como mecanismo fisiopatológico un fenómeno de neurotoxicidad de la solución administrada asociado a una colocación del catéter subdural Las medidas de mejora instauradas por la UDA -Evitar el uso de técnicas intradurales-epidurales en una misma punción.Fomentar la realización de bloqueos nerviosos periféricos -Formación al profesional sanitario -Mantener la trazabilidad de las soluciones y las bombas de analgesia que permita verificar la correcta instauración del tratamiento -Disminuir la manipulación de las soluciones -Disminuir dosis de anestésicos locales con analgesia controlada por el paciente -Difusión a los servicios involucrados de las medidas adoptadas.

Tras instaurar las medidas de mejora no ha habido ningún suceso centinela en paciente portador de catéter epidural para analgesia postoperatoria

Lecciones aprendidas.

Es necesario que las unidades clínicas detecten las áreas de riesgo, analicen los procesos clínicos y establezcan medidas de mejora dirigidas principalmente a la prevención de riesgo. Esta labor se facilita en las unidades que presentan un sistema de gestión de calidad pues favorece la implantación y despliegue de los requisitos técnicos

C-657

CALIDAD EN EL GRADO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: ¿NOS CONOCEN NUESTROS PACIENTES ?

URIBARRI SÁNCHEZ G*; ESCOLANO FERNÁNDEZ B; GONZÁLEZ BENÍTEZ M; JARAVA ROL G; LÓPEZ ESPÍNOLA J Y RUIZ CANTERO A.
HOSPITAL DE LA SERRANIA

Palabras Clave: INFORMACIÓN, ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, CALIDAD, USUARIO

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se realizó en el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro con la colaboración de todo el personal médico

Descripción del problema/necesidades.

Nos planteamos este estudio para comprobar si los pacientes conocen al médico asignado, entienden la información que se transmite y el grado de satisfacción con el personal.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó un corte transversal de todos los pacientes ingresados a cargo de nuestro Servicio. Fueron evaluadas las siguientes cuestiones: si conocen el motivo de ingreso, el proceso diagnóstico/terapéutico al que va a ser sometido, el nombre del médico responsable, cuántos días lleva ingresado, si ha recibido la suficiente información y si resulta fácil acceder a su médico. Las encuestas se realizaron por un evaluador independiente al médico responsable del paciente

Resultados obtenidos.

Se incluyen 48 pacientes (20 mujeres y 28 h351dico erCLS15(C15(e)15(,)1

C-658

AFRONTANDO LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN URGENCIAS: USO DEL BRIEFING DE SEGURIDAD

CUEVAS ORTEGA, F.J.* ; FATJÓ HURIOS, F. ; TEIXIDOR GARCÍA, B. ; NEGUILLO LIMONES, J.A.; TARRAGÓ SALA, O. Y CID PAÑELLA, R.. SCIAS -HOSPITAL DE BARCELONA

Palabras Clave: Urgencias, Briefing, Seguridadclinica, Comunicación, Efectos adversos

RESUMEN

Contexto de partida.

SCIAS – Hospital de Barcelona es un centro hospitalario privado de tercer nivel dotado de 300 camas para ingreso hospitalario. El centro da cobertura médica a 200.000 asegurados con 50.000 urgencias por año, de las cuales un 14% causan ingreso. El proyecto ha sido desarrollado por personal de Medicina y Enfermería del servicio de Urgencias.

Descripción del problema/necesidades.

Los pacientes graves/complejos, un sistema de trabajo de turnos, la presión asistencial y una plantilla en continuo recambio e inexperta son causas de problemas de seguridad. El impacto de los problemas de seguridad en urgencias está bien documentada en la literatura mediante trabajos multicéntricos. La comisión de seguridad de nuestro servicio también ha podido constatarlos a través del análisis de casos centinela con el protocolo London.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En una primera fase se realizó una búsqueda bibliográfica y elaboración de una encuesta distribuida al personal médico y de enfermería para valorar el clima de seguridad percibido en el servicio de Urgencias. Posteriormente se procedió a la elaboración del briefing de seguridad obteniendo un modelo final sometido a la crítica de otros profesionales con la finalidad de mejorar la utilidad de la herramienta, procediendo así a su difusión. La segunda fase incluye la implantación del briefing y análisis del impacto de la herramienta con una nueva encuesta de valoración del clima de seguridad. Finalmente se realizará una revisión de nuevos problemas de seguridad basados en comunicación a través del protocolo London.

Resultados obtenidos.

Se obtuvo una herramienta que permite realizar una transmisión de la información estructurada garantizando la continuidad asistencial de los pacientes. Incluye apartados como motivo de consulta, antecedentes de interés, medicación habitual, situación clínica, pruebas complementarias, sospecha diagnóstica, plan de cuidados y posible destino del paciente. Tras valorar los resultados de las encuestas se puede observar que estamos trabajando en un servicio con una plantilla joven, en su mayoría de reciente incorporación, creyendo necesario así el desarrollo de herramientas que permitan trabajar en un ambiente de seguridad centrada en el paciente.

Lecciones aprendidas.

Los problemas de comunicación entre profesionales es una fuente importante de problemas de seguridad pero existen herramientas prácticas para mejorarla y prevenir eventos adversos. El briefing de seguridad puede usarse de forma rutinaria en la comunicación entre diferentes profesionales y entre servicios.

C-659

SCREENING DE CROMOSOMOPATÍAS DE PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION E INCIDENCIAS.

BAILEN GARCÍA,A.; GUTIERRES ROMERO, J.; ARES DE VEGA, A.; SAMPER TOSCANO,M.; CORONILLA PARAZUELO,F. Y RUIZ GONZÁLEZ,JM.. HOSPITAL PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: SCREENING, FUR, CROMOSOMOPATIAS, GESTACION, RIESGO

RESUMEN

Contexto de partida.

Hecho en el Servicio de Análisis Clínicos (ACLI) por facultativos, enfermeria y técnicos de laboratorio.

Descripción del problema/necesidades.

A partir de mayo 2006 hacemos screening combinado de 1º trimestre problema/ para deteccion precoz de cromosomopatias fetales. El programa necesidades atiende a TODAS las gestantes del área. ACLI gestiona el programa y
hace el control y derivación a pruebas invasivas. Se lleva un especial registro de INCIDENCIAS en nuestro sistema informático para evitar retrasos vitales en la información a las embarazadas que están dispersas por toda el área y atendidas por distintos grupos de facultativos. Revisamos las 643 incidencias registradas en los 5365 estudios realizados hasta 12/2008 de las que incluímos las 166 amniocentesis indicadas por riesgo elevado.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Ginecólogos, AP y personal del laboratorio están coordinados y conformes en el procedimiento. El diseño del circuito es:
-Captación precoz de la gestante en Atención primaria(AP) y entrega de citas para analítica y ecografía (ECOHUPM)
-Extracción de sangre en AP en semAna gestacional(sg)9-10 para todas las pruebas de 1ª visita del proceso EPP incluido screening. Uso de un impreso especial que incluye edad, teléfono, FUR, patologías y firma de la gestante. -Alta en programa, análisis y precálculo de riesgo en ACLI. -Ecografia en ECOHUPM en sg 12 con medida de traslucencia nucal. -ACLI captura sus datos en remoto, hace Cálculo de RIESGO e INFORMA.

-Si Riesgo bajo, informe a origen. -Si Riesgo alto, el facultativo de ACLI dá información PERSONAL a la gestante e incluye la cita para amniocentesis.

-Registro de incidencias: no ecografía, extracción precoz o tardía, no concordancia bioquímica y FUR-Llamada a la paciente si incidencia y SOLUCIÓN de la misma (nueva cita, cita eco, cierre etc) -Encuesta de satisfacción

Resultados obtenidos.

Incidencias: -Riesgo elevado:166 amniocentesis realizadas con una detección de 45 patologías graves. -Extracción precoz (106) (antes de sg 8)= nueva cita y extracción en fecha acorde.
-Extracción tardía (66)(después de sg13) = paso a screening de 2º trimestre e información a la gestante. -No ecografía(305): (266 abortos espontáneos y 39 abandonos voluntarios del programa) Se solucionaron TODAS las incidencias e incorporamos el screening de 2º trimestre.

Lecciones aprendidas.

El control de incidencias es un éxito puesto que TODAS se solucionan y la cobertura del área es completa. La encuesta de satisfacción de las gestantes es muy positiva en cuanto a la atención personalizada.
El circuito funciona muy bien porque es SENCILLO y tiene UN SOLO RESPONSABLE.

C-660

IDENTIDAD CORPORATIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ, UN PLUS.

COSTAS LORES, J.A; GARCÍA VILLAR, E. ; GARCÍA LÓPEZ, A.; JIMÉNEZ MORENO, A.; CRESPO GROSSO, J. Y IBÁÑEZ NÚÑEZ, M.A. . HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Identidad seguridad marca estandarización comunicación estilo

RESUMEN

Contexto de partida.

Un equipo de profesionales de diversas áreas (servicios generales, enfermería, económico administrativa, atención al usuario) del Hospital Universitario Puerta del Mar, forman un Grupo de Mejora con objeto de desarrollar un Plan de Seguimiento de la Identidad Corporativa.

Descripción del problema/necesidades.

Garantizar que la organización promueve, regula y controla que su imagen corporativa se adapta a la normativa vigente de la Junta de Andalucía. Reforzando elementos de garantías y seguridad para el ciudadano y facilitando la e-administración. Se busca una unidad de estilo en las comunicaciones corporativas dentro de la diversidad de sus componentes (documentos escritos, producciones electrónicas, señalización, publicaciones…).

Desarrollo y soluciones aportadas.

La iniciativa de la Dirección, viene impulsada por el Proceso de Acreditación en Calidad que conforme a los estándares de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) se extraen del “Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía”. El Grupo de Mejora analizó la realidad de la Identidad Corporativa en la Institución. En base a los resultados y debilidades detectadas, y a través de la técnica de “Grupo Nominal” se propusieron y priorizaron una serie de medidas que se traducían en planificar, desarrollar, transmitir, implantar y mantener en el tiempo las indicaciones que se determinan en un referente, el Manual de Identidad Corporativa de la Junta de Andalucía, eje vertebral del proyecto. En sucesivas reuniones y través de consenso, los integrantes concretaron el tipo de abordaje, las actuaciones, responsables y e indicadores para cada una de ellas. La dinámica de trabajo se basa en el Ciclo de Mejora Continua.

Resultados obtenidos.

El documento “Plan de Seguimiento de la Identidad Corporativa”, un documento vivo punto de partida que ofrece a los profesionales una referencia en el logro de un estilo que identifique al Hospital.

- Se diseñan “Modelos Tipos” de documentos comunes, instalados en la Intranet del Hospital.
- Se instala la Tipografía de uso obligatorio en los PC,s del Centro.
- Se han revisado más de 200 modelos documentales preimpresos, se detectó que el 98% no se ajustaba a los estándares de la Identidad Corporativa. Se determinan pautas para los proveedores.
- Se elabora el “Catalogo de Modelaje”.
- Se difunden pautas a Cargos Intermedios y Personal Función Administrativa.

Lecciones aprendidas.

No cabe relajación, es necesario un seguimiento constante aun tratandose de cuestiones tasadas de obligado cumplimiento y fácil logro, que deberían estar institucionalizadas en la habitual dinámica de funcionamiento.

C-661

¿REALIZAMOS UN ADECUADO CONTROL A LOS PACIENTES CON ALTERACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR QUE RECIBEN AINES?

SOBREVIELA, A*.; JUAN, A.; GIL, G.; CAPELLA, A.; CORBELLA, A. Y GARCÍA, C..
antoni.juan@hsantboi.es

Palabras Clave: Insuficienia Renal, Aines, Control, Filtrado Glomerular

RESUMEN

Contexto de partida.

1.En el Hospital Comarcal de Sant Boi, de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Sant Boi de Llobregat) con 120000 habitantes en su area de influencia. Es un hospital médico-quirúrgico de 126 camas 2. Servicios de Farmacia y de Laboratorio aunque el ámbito del estudio fue todo el hospital. 3. Profesionales de los citados servicios y del comité de seguridad.

Descripción del problema/necesidades.

1. Teníamos la necesidad de conocer si se realizaba un control adecuado sobre los pacientes que recibían AINEs mientras estaban ingresados y que tenían algún transtorno del filtrado glomerular (FG).
2. Nuestro objetivo es garantizar un adecuado control en el futuro.
3. Hay escaso control de los pacientes que presentan alteraciones del FG ante la administración de nuevos tratamientos potencialmente nefrotóxicos.
4. Se registró en el periodo estudiado todos los pacientes ingresados que recibieron tratamiento con AINES durante més de 24 h y que tenían transtorno del FG.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1. El período de estudio fue desde 23 de junio a 16 de octubre (18 semanas). A traves de los programas informáticos de farmacia y de laboratorio se detectaron todos los pacientes que tenían alteración del FG y que habían recibido tratamiento con AINEs durante más de 24 h (exceptuando antiagregantes). Se revisaron las historias clínica y los informes de alta.
2. Los profesionales de farmacia y los clínicos de todos los servicios asistenciales del hospital.
3. A traves de sesiones informativas.
4. Fase de elaboración, coordinación y difusión, registro de datos, análisis de resultados. Actualmente estamos desarrollando las soluciones al problema mediante sesiones informativas y notas informativas individualizadas en el programa informático de prescripción.

Resultados obtenidos.

1. En el período de estudio, 582 pacientes recibieron tratamiento con AINE durante más de 24 h, de estos 82 tenían alteraciones del FG. El fármaco más utilizado fue Dexketoprofeno en 69 pacientes (84,15%). No se practicó ninguna analítica durante el ingreso a 10 pacientes (12,20%). No hay ningún comentario específico en el curso clínico de 70 pacientes (85,37%). En los informes de alta de los pacientes no constaba la pauta analgésica durante el ingreso.

Lecciones aprendidas.

1. El control que los clínicos realizan sobre pacientes con alteracion del FG que reciben AINEs es insuficiente.
2. No podemos suponer que los clínicos tienen en cuenta los efectos secundarios de fármacos, incluso los más conocidos.
3. Es mejorable la información que se facilita al médico de atención primaria sobre el proceso de hospitalización.

C-662

INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL.

HERRADOR ORTIZ, Z.; PELAYO OROZCO, A.; DIAZ MOLINA, C.; PÉREZ LORENTE, I. Y DE LA TORRE BARBERO, M.J..
H.U. Reina Sofía, Córdoba

Palabras Clave: infección nosocomial, herida quirúrgica,

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio enmarcado dentro del Plan de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial (IN), desarrollado por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Reina Sofía (H.U.R.S) a partir de las líneas estratégicas definidas por el Plan Vigilancia y Control de la I.N. en los Hospitales del Sistema Andaluz de Salud (S.A.S.).
Descripción del problema/necesidades.
La IN es el segundo efecto adverso de la asistencia hospitalaria después de los errores de medicación. La infección del lugar de la intervención (ILI) ocupa el segundo lugar en frecuencia dentro de las IN, siendo sólo superada por las infecciones urinarias. Un problema actual añadido es la consecuente elevación de costes asociados al tratamiento de microorganismos resistentes y a los días de estancia. Nuestro objetivo fue: estudiar la incidencia de la IN de forma agregada y desagregada, incluyendo análisis descriptivo de las ILIs según tipo de cirugía y microorganismo implicado.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio de diseño longitudinal prospectivo a partir de una muestra representativa de la población anual de pacientes ingresados en los Servicios Quirúrgicos del H.U.R.S. durante 2008 (según cálculo muestral basado en datos del 2007), distribuidos según muestreo aleatorio con afijación proporcional.
A través de cuestionario estandarizado se obtuvieron medidas de incidencia y registro de factores de riesgo asociados. Para el diagnóstico se siguieron criterios de C.D.C. El análisis se realizó con el programa epidemiológico EPIINFO 6.04 y el estadístico SPSS-PC 12.0.
Resultados obtenidos.
Si comparamos los resultados del año 2008 con los de 2007, observamos una disminución en los días de estancia media (11,9 a 10,1) así como en el porcentaje de pacientes con IN por cada 100 ingresos y en la proporción de pacientes con ILI por cada 100 intervenidos, de 6,3 a 5,5, y 3,2 a 2,9 respectivamente para 2007 y 2008, con un aumento en el aislamiento de enterococo faecalis y escherichia coli en los cultivos. El resto de tipos de infección nosocomial distintas a las ILIs experimentó una disminución aún mayor respecto a 2007.
Lecciones aprendidas.
El registro de información periódica en los servicios quirúrgicos de las tasas de IN y especialmente de las ILIs permite incorporar elementos de mejora en la práctica asistencial, aportando además un indicador para la gestión y la evaluación de la calidad asistencial, así como niveles de referencia para la realización de análisis posteriores11 y de propuestas específicas.

C-663

SEGURIDAD DEL PACIENTE: “APRENDER” DE LOS ACIERTOS.

PERIÁÑEZ VEGA M. ; VILLANUEVA GUERRERO L., ; VALVERDE GAMBERO E.; LÓPEZ DE LIS C; CENTENO ASTUIDILLO J. Y MUÑOZ CASTRO F..
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: Formación, Calidad, Aprender

RESUMEN

Contexto de partida.
Realizado por profesionales del Área de acreditación de la formación continuada de la Agencia de Calidad Sanitaria, en colaboración del Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía. Se basa en la formación acreditada en las estrategias para la seguridad del paciente, impulsadas por la OMS, para la implantación de prácticas seguras.
Descripción del problema/necesidades.
La implantación de las estrategias para la seguridad del paciente han impulsado una gran cantidad de acciones para detectar y notificar eventos adversos, para que un incidente no se repita en ninguna parte del mundo “aprender de los errores”, junto las destinadas a evitarlos. El Objetivo es identificar y difundir la formación de calidad (Programa integral para la acreditación de la formación continuada en Andalucía), para compartir buenas prácticas que permitan Aprender de los aciertos. La formación que logra mayor valoración es la destinada, ya no al aprendizaje de conocimientos y procedimientos, sino al entrenamiento en la aplicación de prácticas seguras en el puesto de trabajo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un análisis de la formación acreditada en Seguridad del paciente desde 2006. aplicación informática (Me_jora F). Variables: convocatorias, plazas acreditadas y componente cualitativo medio (CCLm). La muestra está formada por 255 convocatorias de Actividades (2006-09), de las que 93 son del periodo abril 08 y mayo 09, y 20 Programas formativos (32 actividades) evaluados desde el inicio de la acreditación de esta modalidad como grupo de actividades con un fin común en un solo acto (abril 2008)
Resultados obtenidos.
El nª convocatorias y plazas aumenta levemente entre 2006-09, pero el CCLm pasa de 1,5 sobre 2,8 a 1,94. Los criterios con más evolución son Utilidad y Evaluación, de formación teórica a adquisición de destrezas en contextos simulados. Los Programas logran un CClm de 2,3, destcan los entrenamientos específicos y guiados en contextos reales. Se seleccionan 14 Actividades y 3 Programas de CCLm >2,2 relacionados con el entrenamiento en Manos y Cirugía segura, Administración de medicamentos y Bacteriamiazero. Se solicita autorización para su difusión como ejemplo de calidad en la página web de la Agencia de Calidad y en la del Observatorio para la Seguridad del Paciente
Lecciones aprendidas.
El entrenamiento profesional es una potente herramienta para implantar prácticas seguras antes de que se produzca el daño. Compartir logros facilita aunar esfuerzos, establecer alianzas y extender el desarrollo de prácticas seguras de manera natural, sin necesidad de esperar a que se produzca un evento adverso.

C-664

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: DESARROLLO E IMPLANTACIÓN EN LA UNIDAD CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA DE CÁDIZ

DIEGO ALEJANDRO UTOR FERNÁNDEZ; ENRIQUE ALONSO REDONDO; ASUNCION RUBIO BARRANCO Y PILAR MORENO PAREDES.
HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR. UNIDAD C. PATOLOGÍA MAMARIA

Palabras Clave: Programa de seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
Han participado todos los profesionales sanitarios de la unidad clínica de patología mamaria del hospital universitario puerta del mar de cádiz.

Descripción del problema/necesidades.
A raíz de un evento adverso acaecido en la unidad que creo un importante debate sobre sus causas, descubrimos nuestras deficiencias en materia de seguridad, y nos propusimos solventarlas desarrollando un plan de seguridad del paciente.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El plan de seguridad incluía como primer objetivo la creación de una comisión de seguridad formada por profesionales sanitarios de diferentes áreas de la unidad incluyendo a su director. Dicha comisión tiene como objetivo liderar el cambio organizativo y de mentalidad de la unidad en materia de seguridad.

Resultados obtenidos.
Con dicha comisión se ha desarrollado un adecuado sistema de registro de eventos adversos, se han comunicado algunos eventos al observatorio de seguridad, se han realizado un mapa de riesgos de la unidad que resultará en una revisión de nuestros protocolos, se ha creado un programa de formación en materia de seguridad para los miembros de la unidad, se ha desarrollado una lista de verificación (check-list) que incluye un protocolo de identificación inequívoca de pacientes para los procedimientos quirúrgicos, entre otros resultados, y hemos ido comunicado todos estos progresos a todos los miembros de la unidad en varias reuniones en las que cada miembro ha podido aportar sus ideas en materia de seguridad.

Lecciones aprendidas.
La seguridad del paciente debe impregnar cada una de las actividades que se llevan a cabo en la unidad. Debe incluir un cambio de mentalidad y en nuestra unidad aun estamos lejos de la situación ideal, pero estamos en el camino. El hecho de que nos replanteemos nuestra actividad cotidiana con la intención de adelantarnos a los eventos adversos, y que se registren, analicen y comuniquen adecuadamente los eventos que acontezcan ya supone un cambio considerable.

C-665

PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO EN PACIENTES INGRESADOS CON PATOLOGÍA MENTAL: IMPORTANCIA DEL CUIDADO ENFERMERO

DIAZ BELOSO,R. *; CALVO CASTRO,C.; RODRÍGUEZ ÁLVAREZ,R. Y CORTEGOSO MOREIRA,L.. CHUVI UNIDAD DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA DE AGUDO

Palabras Clave: Indice Masa Corporal, Obesidad, Enfermedad Mental, Adherencia Terapeutica,Sedentari

RESUMEN

Contexto de partida.
En la unidad de hospitalización psiquiatrica de agudos de un hospital general.Implica a enfemeros y auxiliares de enfermería e indirectamente psiquiatras

Descripción del problema/necesidades.
En España el 53% de la población padece obesidad y sobepeso,en Galicia 55%.Los pacientes con patologia mental tienen un 20% menos de esperanza de vida por una mayor prevalencia de la obesidad.Esta aparece por factores sociodemograficos y estilo de vida.Pretendemos conocer la magnitud del problema y las diferencias en función del diagnóstico,edad,sexo para deteminar las estrategias de enfermeria y conseguir dsminuir el abandono del tratamiento que los pacientes atribuyen al aumento de peso.

Desarrollo y soluciones aportadas.
180 pacientes 06/07-06/08.Estudiamos cuatro variables:dos soluciones aportadas cuantitativas continuas(IMC y edad)y dos cualitativas(sexo y diagnóstico).Se obtuvo peso y talla,hallando IMC=P(kg)/T(m)²Se establecen cuatro grupos:Insuficiente,normo peso,sobrepeso y obesidad.Edad:tres grupos: I(18-24);II(25-64) ;III>65.
Los diagnósticos se clasifican segun en 6 grupos(DSM-IV).
Proceso estadistico de datos con SPSS-14.Para las cuantitativas(IMC y Edad) calculamos MEDIA,DESVIACION TIPICA,RANGO Y CUARTILES;para las cualitativas(sexo y diagnóstico clínico) frecuencias y porcentajes.Para el análisis bivariante,utilizamos el estadístico X entre las variables cualitativas y el ANOVA para variables cuantitativas normales.
La difusión del proyecto determinó asesorar a los pacientes con sobrepeso-obesidad de habitos saludables durante el ingreso,dando refuerzo positivo si la disminucion de peso semanal es efectiva.

Resultados obtenidos.
La poblacion a estudio tiene 23,3% obesidad,mientas que la gallega sin patologia mental 17%.Los pacientes con esquizofrenia y trastornos psic(40%)son los que mayor % de sobrepeso/obesidad presentan.Por edad GI obesidad(28,6%) 4 veces mayor que sobrepeso(7%).Se insiste en que las dosis de medicación durante el ingreso suelen ser mas elevadas que al alta.
En la mayoria de los casos se produce una disminución del peso,con dieta y fomentando el aumento de ejercicio en la unidad.

Lecciones aprendidas.
El sedentarismo,fármacos,autocuidado deficitario determinan que impulsemos la detección sistemática de la obesidad-sobrepeso en las unidades de hospitalizacion,son poblacion de riesgo.Estos manifiestan poca adherencia al tratamiento por falta de conciencia de enfermedad.El personal de enfermería puede ayudar al paciente a identificar factores como el sedentarismo, una mala alimentación,como principales causas de sobrepeso.Y si ya existe,facilitar estrategias que le permitan pedir ayuda sin abandono de la medicación.

C-666

PREVENCION ANTE UNA INTOXICACION ALIMENTARIA

SALICIO BERMEJO M. Y. ; MOLERO PÉREZ B. ; MARTÍN NAVASCUÉS F. ; IRURZUN MORAN A. Y LARRACHE ARRECHEA B. .
HOSPITAL BIDASOA

Palabras Clave: Prevención, Intoxicación

RESUMEN

Contexto de partida.

Este proyecto se ha llevado a cabo en el Hospital Bidasoa dentro del marco con relación a la calidad, la innovación y la seguridad del paciente. Este marco está influyendo en todos los procesos y dentro de él existe un proyecto de prevención ante una posible intoxicación alimentaria que se ha hecho con una intervención pluridisciplinar, estando implicados los responsables de calidad, restauración y microbiología.

Descripción del problema/necesidades.

Se buscaba crear un plan de actuación ante una posible intoxicación alimentaria intrahospitalaria, tal como lo exige la certificación de Inocuidad de los Alimentos ISO 22000:2005.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Como medidas preventivas se ha formado al personal, se ha realizado una serie de inversiones con el fin de obtener la situación idónea de partida. Si se produjera la incidencia tendríamos este proyecto para usarlo de manera correctiva.

El proyecto se lleva a cabo mediante reunión de los responsables de restauración, calidad y microbiología para analizar las posibles actuaciones ante un brote de intoxicación alimentaria intrahospitalaria detectada por el laboratorio de microbiología. Por ejemplo, si se detecta en el laboratorio que varios pacientes ingresados tienen un aislamiento de Campylobacter spp. con el mismo antibiotipo, se avisa a restauración. Se procede a analizar los listados de las diferentes comidas para determinar cual es el alimento común, en este caso hipotético el jamón de york. Tras mirar a que lote pertenece este alimento se procedería a la retirada del producto, a avisar a Sanidad y al proveedor.

Resultados obtenidos.

La certificación ISO 22000:2005, que se obtuvo en el año 2007 y se mantiene actualmente, nos permite estar preparados ante una posible intoxicación alimentaria intrahospitalaria, siendo fundamental la rapidez en el diagnóstico y en la identificación del producto implicado. La situación de la rapidez en solventar una posible incidencia es mucho más positiva tras la implantación de esta certificación, corroborado con los simulacros que se realizan de “aguas arriba” y “agua abajo”.

Lecciones aprendidas.

Se buscaba crear un plan de actuación ante una posible intoxicación alimentaria intrahospitalaria, tal como lo exige la certificación de Inocuidad de los Alimentos ISO 22000:2005.

C-667

PROYECTO DE MEJORA EN UN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

HIJÓS LARRAZ L A; BIARGE RUIZ A Y AUSED LANAU P.
GRAÑEN

Palabras Clave: Ansiedad psicoterapia

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital de Día de Psiquiatría (HDP) de Huesca es un recurso intermedio de hospitalización parcial con abordajes terapéuticos multidimensionales.Entre los pilares de funcionamiento destaca el trabajo en equipo y los planes terapéuticos individualizados. En el HDP se atienden personas con trastorno mental grave con autonomía personal suficiente para vivir en la comunidad y capaces de asumir voluntariamente su asistencia.

Descripción del problema/necesidades.

En los estados patológicos de los pacientes del HDP, se puede evidenciar la presencia de sintomatología ansiosa, por lo que se puso en marcha una nueva actividad para aumentar la cartera de servicios de dicha unidad. Dicho servicio consiste en la realización de un taller de psicoeducación teórico/práctico para el control del estrés, la ansiedad y técnicas de afrontamiento. Las escalas utilizadas para la valoración de la ansiedad (test STAI e indicador “control de la ansiedad” de la taxonomía NOC). Se valoró la satisfacción mediante una encuesta).

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se llevo a cabo en dos etapas: -Fase preliminar: Difusión y coordinación del proyecto mediante reuniones semanales, elaboración de la documentación, asignación de tareas... -Fase de realización. Realización de las sesiones, evaluación de las mismas (efectividad y satisfacción). La muestra obtenida consta de 15 sujetos que cumplían los criterios de inclusión. En la psicopatológia, un 40 % trastornos esquizofrénicos y un 60 % trastornos de origen depresivo. El tratamiento psicoterapéutico consistió en 10 sesiones teórico/prácticas y 6 exclusivas de relajación mediante el método de Jacobson.

Resultados obtenidos.

Por un lado se ha podido verificar que una intervención de tipo psicoeducativa y que contenga aprendizaje en técnicas de relajación es efectiva para mejorar el estado de ansiedad de los pacientes. Por otro, destacar la buena respuesta y acogida de los pacientes objetivada en la encuesta de satisfacción destacando la solicitud de ampliación y continuidad de las sesiones iniciadas.

Lecciones aprendidas.

En el lado negativo señalar el bajo numero de pacientes incluido siendo las causas de exclusión el padecer patología incompatible con los objetivos del estudio o la imposibilidad/no aceptación de realizar la intervención. En este proyecto como carácter positivo, destacar que se ha empleado nuestro recurso mas valioso: el tiempo, pero aún así nos identificamos con nuestros pacientes ya que estamos satisfechos con este nuevo servicio emprendido. Solo marcar que siempre podemos encontrar un poco de tiempo para mejorar la atención a nuestros usuarios

C-668

CALIDAD PERCIBIDA DE LA ACTUACIÓN DE LOS EQUIPOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS HOSPITALARIAS

MARTÍNEZ-CLARET,D.* ; ANDREU MONLEÓN, C.; COT GUILLÉN, R.; CARRASCO GÓMEZ, G. Y CABRÉ PERICAS, LL..
SCIAS Hospital de Barcelona

Palabras Clave: Equipos emergencias hospitalarias, satisfacción profesionales enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
Los equipos de emergencias médicas (médicos y enfermeras intensivistas; medical emergency team-MET) han demostrado su efectividad para reducir la morbi-mortalidad de las emergencias en pacientes hospitalizados pero se desconoce la satisfacción de los profesionales respecto a su actuación. En el Hospital de Barcelona intervienen dichos equipos en unidades quirúrgicas desde 2007. El aviso a los MET es una herramienta que utilizan principalmente los profesionales de enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
El propósito de este estudio es determinar la calidad percibida de los problema/ MET en términos de satisfacción de los profesionales de enfermería de necesidades las unidades de hospitalización.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio prospectivo con inclusión de todas las enfermeras de las unidades donde está implantado el MET. Tamaño de la muestra: programa G-Stat 2.0 preestimándose en 22 profesionales. Instrumentos: Encuesta anónima de satisfacción validada (delphi) con 9 ítems de respuesta cerrada y 3 abierta, incluyendo propuestas de modificación del proceso. Análisis estadístico: test de la chi2 de hipótesis o significación y prueba de la t de Student. Resultados expresados con sus intervalos de confianza (IC95%).
Resultados obtenidos.
La tasa de respuestas fue del 80% (n'=30/N=37). El 66% (IC95% 5273%) de las encuestadas tenía más de 5 años de experiencia en la especialidad. El 33% (IC95% 22-43%) de las encuestadas había colaborado con los MET en 2 o más ocasiones. La rapidez de actuación de los MET fue valorada con 8,0±1,2 puntos (IC95% 7,6-9,1) de una escala de Likert de 0 a 10 puntos. La valoración de la efectividad del MET fue de 8,2±1,7 puntos (IC95% 77,5-9,3). La valoración global respecto a estos equipos fue de 8,7±1,9 puntos (IC95% 7,9-9,6). La propuesta de mejora más reseñada (53% de los encuestados [IC95% 43-65%]) fue la ampliación del horario de los MET a noches y festivos.
Lecciones aprendidas.
En las condiciones del estudio, la satisfacción de los profesionales que colaboran con los MET es excelente evidenciando su utilidad para mejorar la seguridad clínica de los pacientes hospitalizados.

C-669

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PREVIOS COMO HERRAMIENTA PARA FOMENTAR LAS BUENAS PRÁCTICAS EN HERIDAS CRÓNICAS

RIVERA ÁLVAREZ, A; PÉREZ MANCHÓN, E; MARTÍN PASCUAL, N; VILLAR VELASCO, C; TATJE BESORA, P Y GALÁN SIERRA, P.
Gerencia Área 8 Atención Primaria

Palabras Clave: Buenas prácticas, Heridas crónicas, Formación continuada

RESUMEN

Contexto de partida.
En los últimos años se han producido cambios en el paradigma del abordaje de la infección en las heridas y cambios en las valoraciones a partir de nuevos criterios. Estos aspectos conforman un punto de partida para las buenas prácticas encaminadas a la seguridad del paciente y gestión eficiente de los recursos.
La Comisión de Cuidados de la Integridad Cutánea del área viene desarrollando un plan de formación continuada para favorecer la toma de decisiones de las enfermeras basadas en la evidencia científica.
Descripción del problema/necesidades.
•Analizar los conocimientos de los profesionales que acuden a los talleres de formación continuada sobre la infección y su tratamiento. •Fomentar las buenas prácticas basadas en la evidencia en la atención a los pacientes con heridas crónicas infectadas y con ello contribuir a la seguridad de los mismos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio descriptivo del cuestionario previo realizado a los alumnos del taller "¿Qué se puede hacer con una herida crónica infectada?".
La Comisión de Cuidados de la Integridad Cutánea elaboró el cuestionario con preguntas que suelen generar controversia y aluden a cambios en la práctica basados en la evidencia: técnica adecuada del cultivo mediante hisopo, uso de los antisépticos e interacciones de los productos que contienen plata con otros productos habituales en la cura de heridas crónicas.
Se valoraron conocimientos sobre identificación y tratamiento de la infección.
Al finalizar el taller se realizó una encuesta de satisfacción.
Resultados obtenidos.
En el taller participaron un total de 50 profesionales de centros de salud y residencias geriátricas del área, entregando el cuestionario respondido un 74% de los mismos.
La distribución de respuestas correctas fue: •criterios infección: 81%; •estudios microbiológicos: 51,35%; •uso de antisépticos: 21,62%; •escalón terapéutico: 35,13% e •interacción plata: 67,56.
Encuesta de satisfacción: la valoración global del taller obtuvo una puntuación media de 8 (sobre 10).
Lecciones aprendidas.
Los resultados pusieron de relieve la importancia de la formación continuada como una estrategia para fomentar las buenas prácticas basadas en la evidencia.

Estos resultados y la valoración del taller por parte de los alumnos resaltan la importancia de la formación continuada en el objetivo de acercar la evidencia a la práctica cotidiAna en el abordaje de las heridas crónicas infectadas.

C-670

SEGURIDAD EN LA CUSTODIA DE HISTORIAS PERINATALES EN LA UNIDAD DE PUERPERIO

RAMOS RODRÍGUEZ, T; CASTILLEJO MALDONADO, A; DE LA TORRE GÁLVEZ, IM; AGULLÓ VELASCO, C; GONZÁLEZ HERRERA, E Y CUEVAS JAIME, J. HRU CARLOS HAYA

Palabras Clave: Historia Perinatal, Custodia, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realizó en la unidad de puerperio del hru carlos haya, tres plantas con 90 camas de hospitalización, se implicó personal de enfermería y cargos intermedios y de calidad de enfermería de este pabellón.

Descripción del problema/necesidades.

La problemática detectada es el uso de las historias problema/necesidades perinatales por distintos servicios y profesionales que provocaban un déficit en la custodia de las historias y un elevado riesgo de traspaso de hojas y pérdida de historias. Las consecuencias a los pacientes es la demora en la asistencia y duplicidad de documentos. El problema se cuantificó por las numerosas verbalizaciones de las enfermeras reponsables de la custodia de las historias

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se sustituyó la antigua carpeta, que incluía el total de las soluciones aportadas historias perinatales existentes en cada unidad por otra en la que cada recién nacido posee un apartado individual y cerrado que incluye todos los registros y pruebas reaizadas y pendientes. Este hecho facilita la visión integral del cuidado y evita la pérdida de documentos al estar todos incluidos en un formato cerrado. La difusión ha sido el cambio de carpetas y talleres informativos a los profesionales implicados. La fase de evaluación y mejoras de limitaciones detectadas se ha realizado de forma coetánea a la implantación.

Resultados obtenidos.

Los efectos fueron en un inicio de resistencia por parte de algunas categorías por la necesidad que se ha creado de coger y devolver la historia una vez utilizada. Solventada esta dinámica, la valoración ha sido positiva tanto en la custodia de las historias como en la visión integral de los cuidados ofertados, disminuyendo la duplicidad y/o olvido de tareas administrativas.

Lecciones aprendidas.

La visión global e interdisciplinar de un problema facilita su estudio, encontrando soluciones rápidas, económicas y de fácil implantación.

C-671

APLICABILIDAD DEL CMBDH EN LA FARMACOVIGILANCIA HOSPITALARIA

GARRIDO MARIA TERESA; SALVADOR ; SÁNCHEZ; GÓNZÁLEZ; MARTINA PRADA PEÑA Y ANTONIO CAMACHO PIZARRO.
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMENEZ

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital General “Juan Ramón Jiménez”(HJRJ) de Huelva, servicios de Farmacia Hospitalaria (FH)y Servicio de Documentación Clínica (DC)

Descripción del problema/necesidades.

El método de farmacovigilancia más utilizado es el “Programa de Notificación Espontánea de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (NERA)”, basado en la comunicación, recogida y evaluación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) notificadas por los profesionales sanitarios (tarjetas amarillas). En el periodo 1999-2004 el Servicio de FH había notificado media de 2 RAM por año, todas ellas generadas de un modo espontáneo. Sin embargo, se producen muchas otras que no se comunican y son de gran relevancia. Con el fin de detectar estas RAM se puso en marcha en 2006 un programa de farmacovigilancia activa. Entre todas las actividades que contempla este programa, el análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBDH) es el que más ha contribuido a este objetivo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde 2006 el Servicio de DC elabora un listado anual a partir del CMBDH, de los pacientes con causas externas de alguno de sus diagnósticos correspondientes a “efecto adverso producido por medicamentos”, cuando se utilizan a dosis terapéuticas (códigos E930E949.9). El Servicio de FH analiza cada uno de los episodios de ingreso de los pacientes seleccionados, examinando el informe de alta en la aplicación web del hospital (CLINET).La información de la tarjeta amarilla se complementa con la relativa al tratamiento, procedente del programa de dosis unitaria y en el caso de que la información contenida en el informe de alta fuera incompleta, se consulta la historia clínica del paciente.

Resultados obtenidos.

Se ha analizado el CMBDH del periodo 2005-2007. El número de pacientes por año seleccionados por el S DC fue de 103, 499 y 648 en 2005, 2006, 2007 respectivamente.
La proporción de notificación de RAM procedentes del CMBDH fue de 6,79%, 1,80% y 3,39% en 2005, 2006 y 2007 respectivamente.

Lecciones aprendidas.

El análisis del CMBDH es un método eficiente de farmacovigilancia. El desarrollo de aplicaciones informáticas web para el acceso a los informes de alta ha supuesto un importante ahorro de tiempo que ha mejorado el rendimiento y la efectividad del CMBDH como fuente de información de RAM. Se requiere un análisis pormenorizado del CMBDH para seleccionar las RAM que interesan al centro regional de farmacovilancia y desestimar las RAM leves y ampliamente conocidas.

C-672

ACCION DE MEJORA EN LOS REGISTROS INFORMÁTICOS DE ENFERMERÍA

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, AM.*; MARÍN GARCÍA, MT.; LUCAS SALMERÓN, MG.; MARTÍNEZ CABALLERO, ML.; RODRÍGUEZ MOLINA,MA. Y ESCRIBANO SÁNCHEZ, G.
HOSPITAL VEGA DEL RIO SEGURA. SMS

Palabras Clave: Historia Clínica, Programas Informáticos, Formación

RESUMEN

Contexto de partida.
El aplicativo informático Selene nace impulsado desde el SMS con elobjetivo de configurar la Historia Única Electrónica inexistente hasta entonces en el ámbito de la A. Especializada de la Región.
Se implantó en nuestro hospital primero en la Unidad de M. Interna en el 2006, extendiéndose al resto de unidades del hospital, quedando completada el área de hospitalización en el 2008.
Para su uso y manejo, se impartieron sesiones formativas de 4 horas a los profesionales por parte del personal informático.
La acción de mejora se realizó en el Hospital Vega del Río Segura, en la Unidad de M. Interna por dos enfermeras de dicha unidad
Descripción del problema/necesidades.
En nuestro hospital se viene realizando desde el año 2006 en las Unidades de M.Interna y Pl.Quirúrgica la recogida de datos para medir los indicadores de calidad fijados por el SMS en cortes trimestrales, entre los que se encuentran algunos específicos del registro de la historia clínica del paciente.
En el 2008 se observó que había diversos criterios a la hora de cumplimentar los formularios que inducían a errores en los registros, así como porcentajes en los indicadores de registro que eran mejorables. Fue entonces cuando se diseñó una acción de mejora.
OBJETIVO: Mejorar los registros de los distintos formularios de enfermería, para lograr: Una mejora en la calidad asistencial del paciente.
Unificar criterios en cuanto a la forma de registrar en la historia clínica del paciente.
Aumentar la satisfacción de los profesionales en el manejo de la herramienta informática
Desarrollo y soluciones aportadas.
Formación exhaustiva de una enfermera de la Unidad de M. Interna en soluciones aportadas el programa informático SELENE.
Formación individualizada al personal de enfermería de la Unidad Quirúrgica Revisión diaria durante un mes de la cumplimentación de todos los formularios para detectar los errores.
Creación de un manual, elaborado por enfermería asistencial y supervisado por la D.Enfermería Difusión de este manual al personal de enfermería, a través de unos talleres prácticos obligatorios de duración de 4 horas Entrega del manual a todo el personal de enfermería.
Resultados obtenidos.
Se observa a través de medición de los indicadores una mejora en la cumplimentación Aumento de la seguridad del paciente
Lecciones aprendidas.
La implicación del personal en los nuevos soportes informáticos es fundamental para el desarrollo en la actividad diaria Sería conveniente la realización de un reciclaje periódico en actualización de registros enfermeros informáticos en la historia clínica del paciente. Se aconseja una formación de refresco al año.

C-673

EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS, HERRAMIENTA DE MEJORA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA 2

*JIMÉNEZ BEA, L. ; COCA MUÑOZ, J. Y JIMÉNEZ CALLEJO, E. .
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Palabras Clave: Continuidad de la Atención al Paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
En 2004, en el Hospital Universitario Miguel Servet, un hospital terciario con 47.000 ingresos anuales, el personal de enfermería de hospitalización, se inicia con la elaboración del Informe de Continuidad de Cuidados enfermeros (ICC) en formato papel, generándose a partir de plantillas creadas con un tratamiento de textos.
Descripción del problema/necesidades.
La transmisión de la información, al nivel asistencial al cual era derivado el paciente, dependía exclusivamente de él o de sus allegados. Era preciso realizar la adecuación del ICC como herramienta para el seguimiento y continuidad de cuidados del paciente, cuando era derivado de atención especializada (AE) a atención primaria (AP), y evaluar la accesibilidad al mismo por parte del personal de enfermería de AP.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La aplicación HP-Doctor, utilizada como gestor de informes del Hospital, permite la elaboración del ICC mediante un formulario que consta de: Necesidades básicas según el Modelo de Virginia Henderson, diagnósticos de enfermería con taxonomía NANDA, e intervenciones derivadas de problemas de colaboración. Dicho formulario, revierte en un informe donde constan todos los datos especificados en el mismo. La incorporación del ICC a la historia clínica informatizada del paciente, facilita la consulta de los profesionales sanitarios desde cualquier centro de AP a través de la Intranet del Sector, e identifica al profesional de enfermería responsable del paciente en el momento del alta hospitalaria.
Resultados obtenidos.
Con el fin de conocer el grado de satisfacción que estos avances han supuesto, realizamos en mayo de 2009, un estudio descriptivo trasversal. El instrumento básico del estudio fue un cuestionario con escala de medición nominal, dirigido a las 235 enfermeras de los 20 centros de AP y ESAD del sector Z2., el cual consta de 7 preguntas cerradas y una abierta. Con un 50,63% de respuesta, el 94% confirma recibir los ICCs, un 79% considera que se ha mejorado la información, al 62% le permite aplicar los cuidados mas rápidamente, sólo un 37% considera que produce mayor satisfacción en el paciente, el 65,5% piensa que se ha mejorado la seguridad tanto del paciente como del profesional y un 63% percibe que la información transmitida es suficiente.
Lecciones aprendidas.
Se ha establecido un canal de comunicación entre los dos niveles asistenciales, mejorando la información proporcionada, la seguridad del paciente y la del profesional responsable del mismo. Como área de mejora se han de valorar determinadas propuestas incluidas en la pregunta abierta.

C-674

DESARROLLO DE UN CICLO DE MEJORA EN LA ATENCION A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

HIJÓS LARRAZ L A; LEDESMA ROMANO M D; ARA LAÚNA D; CASTELLANOS DE MUR A; GONZÁLEZ BERMEJO B Y GÓMEZ BARRENA V.
Grañen

Palabras Clave: Atención a la mujer, Climaterio

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Centro de Salud de Grañen (Huesca) se llevó a cabo, un ciclo de mejora continua en el programa de atención a la mujer en el climaterio. Inicialmente para analizar el proceso se realizo un audit médico del servicio “Atención a la Mujer en el climaterio” y para conocer los resultados intermedios una encuesta de conocimientos. En la primera reevaluación, se evidenció una mejora tanto en el proceso como en los resultados.
Descripción del problema/necesidades.
Las áreas susceptibles de mejora eran las relacionadas con el seguimiento (anamnesis y consejos), centrándose en los aspectos educativos en general y en la dimensión de los aspectos psicosociales en particular. Aquí se presentan la segunda reevaluación con el objetivo de verificar las medidas correctoras implantadas mediante el cumplimiento de las Normas Técnicas Minimas (NTM).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Realización de un audit con las siguientes caracteristicas: soluciones aportadas Relacion temporal: estudio retrospectivo Dimensión estudiada: Calidad científico-técnica.
Identificación casos: Muestreo sistemático.
Tipos de datos: Proceso.
Nivel de significación:0,05 y p=0,12.
Fuentes de datos: Historia clinica Tipo de evaluación: Interna.
Tipo de criterio: Explícitos y normativos: NTM de la Cartera de Servicios.
Periodicidad: Bianual
Resultados obtenidos.
La muestra fue de 50 historias. En el análisis de las NTM observamos un cumplimiento con un rango de 0,6 a 0,8 en los subcriteros evaluados.
En los datos agrupados (valoración inicial vs seguimiento) podemos ver un mayor grado de cumplimiento en la valoración inicial y en el seguimiento. En la comparación con otras evaluaciones en los subcriterios hay un cumplimiento mayor en el criterio de consejo sobre riesgo de embarazo.
Se identifican como oportunidades de mejora el registro de alteraciones del sueño y la presencia de incontinencia urinaria (en la anamnesis); la nuliparidad, la complexión delgada y la dieta pobre en calcio (en los factores de riesgo); y automedicación y alcohol (en los consejos/información).
Lecciones aprendidas.
El cumplimiento de los criterios se encuentra a un nivel similar al encontrado en la reevaluación anterior y en todo caso superior al standard marcado A pesar de la mejora encontrada (34.81%) podemos evidenciar nuevas oportunidades de mejora por ejemplo en el consejo/información sobre “automedicación”, “consumo de alcohol” y “técnicas de relajación”.
Indicar que la realización de audit con registros de historias no informatizadas conlleva dificultades como la no clarificación en algunos registros (v.g. anamnesis anual vs consejo/información).

C-675

PROGRAMA PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS(EAS)EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE MAMA:UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA.

RIOJA TORRES,P.; TEJEDOR FERNÁNDEZ,M.; ÁLVAREZ BENITO,M.; MIÑARRO DEL MORAL,R.; ROMERO MUÑOZ,M.J. Y GARCÍA OLIVEROS,I..
H.U.Reina Sofia

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Cancer de Mama. Proceso asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.
El grupo de trabajo fue el equipo de implantación y desarrollo del proceso asistencial integrado cancer de mama constituido por 12 facultativos de Radiodiagnóstico, Cirugía General, Cirugía Plástica,Oncología Médica, Oncología Radioterápica,Medicina Nuclear, Ginecología, Anatomía Patológica y enfermeras de distintos departamentos.
Descripción del problema/necesidades.
El cancer de mama es frecuente y de abordaje complejo ya que necesita de la coordinación de múltiples profesionales para la obtención de buenos resultados clínicos.Son escasas las referencias sobre seguridad del paciente con un abordaje de proceso. El objetivo es establecer un programa de seguridad del paciente en el proceso de atención al cancer de mama en el área de salud de Córdoba.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Inicio en Junio del 2008.
soluciones aportadas Metodología: - Revisión bibliográfica.
- Elaboración del catalógo de EAs mediante la opinión de expertos de asistencia especializada y atención primaria en el proceso cancer de mama. Técnica de “brainstorming”.
- Diseño del mapa de riesgos según las actividades del proceso.
- AMFE(Análisis del Modo de Fallos y Efectos) para valorar, ponderar y priorizar el abordaje de los EAs.
- Diseño del plan de prevención de EAs en base a los fallos detectados.
- Aplicación del plan de prevención.
- Notificación y registro de EAs.
El proyecto continuará con: - Análisis causa-raiz de EAs notificados.
- Aplicación de medidas correctoras.
Resultados obtenidos.
Catalogo de EAs potenciales en el cancer de mama(49)así como de los fallos/causas de cada uno(105).
Mapa de riesgos de EAs.
Identificación Areas de alto riesgo:quirófanos, consultas con utilización de fármacos y pruebas diagnósticas invasivas.
Priorización de EAs detectados.Plan de prevención de EAs:Se identificaron 165 medidas preventivas agrupadas según su caracter en: - Guía informativa de la paciente.
- Planes de cuidados de Enfermeria(8) - Procedimientos operativos estandarizados(11) - Listado de comprobación de actividades críticas(“checklist”)que acompaña a la paciente durante todo el proceso - Otras acciones.
Lecciones aprendidas.
A pesar de la complejidad metodológica es posible establecer un programa de seguridad del paciente en un proceso asistencial integrado.Se observó que algunos EAs están originados en fases del proceso previas al momento de la detección y se generan por el encadenamiento de múltiples fallos del sistema. La capacidad del programa para identificar EAs en las distintas fases del proceso y establecer medidas correctoras lo convierten en una herramienta potente para asegurar y mejorar la calidad de la asistencia prestada.

C-676

ANALISIS DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON DRENAJES TORÁCICOS

*ALEMANY FRANCÉS, L; BERNABEU MORA, R; LÓPEZ SANTO, I; SOTO BERNAL, JA; CRESPO PAESA, P Y SÁNCHEZ NIETO, JM.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Intervención, Seguridad, Drenajes Torácicos

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital General Universitario. Unidades de Hospitalización. Profesionales: Enfermería y Médicos.
Descripción del problema/necesidades.
Seguridad en técnicas médico-quirúrgicas: drenaje torácico (DT). Evaluación nivel calidad: Medición criterios y registro de complicaciones. Se tiene la percepción empírica de que existen diferentes cuidados según donde ingrese el pacientes con DT y un elevado número de complicaciones. Analizar la variabilidad de la atención a pacientes con DT y cuantificar la existencia de complicaciones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Investigación evaluativa clínica, prospectiva en pacientes hospitalizados consecutivamente por derrame pleural (DP) y portadores de DT. Dimensión calidad: seguridad. Fuente datos: Historia clínica. Hoja Registro Criterios (Cr): Cr 1= Existencia escrita órdenes médicas relativas al DT, Cr2 = idem nivel de aspiración, Cr3= idem dosis fibrinolítico, Cr 4= idem lavado DT. Hoja Registro complicaciones: menores (líquido peritubo, induración, infección, enfisema) y/o mayores (salida tubo, neumotórax) Fases: 1) diseño protocolo estudio: definición criterios y complicaciones, 2) Medición, 3) Análisis resultados. Análisis estadístico: variables media ± desviación estándar y %. Comparación variables Chi2 y T Student.
Resultados obtenidos.
Durante seis meses, se estudian 29 pacientes con DP portadores de DT (18 varones, 11 mujeres) de 64 ± 18 años.. Diagnósticos: 4 empiemas (13,8%), DP complicado 11 (37,9%), neoplásico 13 (44,8%), hemotórax 1 (3,4%). Servicios responsables: Neumología (NML) 12 (41,4%), Medicina Interna (MI) 6 (20,7%), UCI 3 (10,3%), Oncología (Onc) 8 (27,6%). Mediciones criterios: 127. Incumplimientos: Cr 1=22 (22,9%), Cr 2=81 (90%), Cr3=54 (56,3%), Cr 4=22 (20,6%). Existen relaciones significativas entre incumplimientos de Criterios (1 y 2) y la media de incumplimientos: NML= 1,3±0.7; MI= 2,2 ± 1.5; cirugía = 2,7±1.1; UC = 0; Cardiología =1,7±0.5; Onc = 4; con las plantas donde están ingresados los pacientes ($p < 0,001$). En 29 pacientes se registran 13 complicaciones menores (44,8%) y 9 mayores (32,1%).
Lecciones aprendidas.
1) El nivel de calidad asistencial varía en las plantas donde están ingresados los pacientes, 2) el número de complicaciones resulta muy elevado, generándose diferentes medidas de intervención. Es necesaria la vigilancia del nivel de calidad (seguridad) en algunos procedimientos, con los drenajes torácicos, de uso rutinario pero que implican un potencial riesgo yatrogénico para los pacientes y elaborar herramientas de normalización de cuidados (protocolos).

C-677

SEGURIDAD Y CALIDAD ANTE EL DOLOR EN EL AREA QUIRÚRGICA

BONILLA CARMONA, A. J.; CARRASCO SÁNCHEZ, C. M; DÍAZ POZO, C. M; GARCÍA FERNÁNDEZ, N. M. Y LÓPEZ MONTERO.
A. M. AREA SANITARIA NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Entrevista Prequirúrgica de Enfermería.

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Bloque Quirúrgico del Área Sanitaria Norte de Málaga organismo dependiente del Servicio Andaluz de Salud nos preocupaba la calidad de la atención recibida por los pacientes y referida al dolor, es por lo que el equipo multidisciplinar del Bloque Quirúrgico: facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería no planteamos este estudio
Descripción del problema/necesidades.
Actuar ante el dolor en su parte subjetiva e individual y objetiva en la problema/ Cirugía Mayor Ambulatoria. necesidades Las consecencias inmediatas fueron alivio del dolor manifestado por un
óptimo grado de satisfacción.
Se analizó a través de la hoja de enfermería.
El problema fue cuantificado mediante el Plan de Cuidados y más concretamente con los NOC (escala de Likert).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo 2004-2008. Los profesionales implicados fueron enfermería del área de hospitalización de Cirugía y Bloque Quirúrgico. La difusión fue a través de puesta en común por parte de Enfermería implicada y Dirección de Enfermería. En un principio las fase se pueden dividir en la recogida de la información, la valoración, el análisis, la intervención y la valoración de la efectividad de la intervención.
Resultados obtenidos.
El objetivo de conseguir un dolor moderado e incluso nulo en un periodo relativo corto y exento de complicaciones, se midió a través de la Hoja de Enfermería, encuesta de satisfacción y hoja reclamaciones. La satisfacción del paciente en una determinada especialidad de CMA fue del 100%. Extender esta estrategia y plan de cuidados a otras especialidades.
Lecciones aprendidas.
La importancia del apoyo de Enfermería en la educación ante el dolor del paciente y de la familia es crucial como se ha podido observar por los datos obtenidos, el afrontamiento de un problema con toda la información difiere en su contemplación desde el inicio. Se ha visto que interviniendo adecuadamente se puede reducir el estres y el dolor, es más, cuanto más temprano sea la intervención se obtienen mejores resultados por eso es importante la coordinación con Atención Primaria desde antes del ingreso y después del alta. Aunque hoy en día es muy importante la enfermería técnica en este tipo de departamentos, por la alta cualificación tecnica que se requiere, no debemos abandonar nuestros pilares fundamentates dela ENFERMERA CUIDADORA y, sobre todo, HOLÍSTICA, de atención al paciente y a la familia

C-678

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.P.H.P: ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS DEL PACIENTE AMBULATORIO TRAUMATOLÓGICO

*BOLET GALINDO, P.; CASTILLO GALDEANO, E. ; PÉREZ POLAINO, E. ; GARCÍA PANIAGUA, J. Y CASTELLÓN, J. . E.P.
HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Seguridad pacientes, prevención caídas, paciente traumatológico.

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo ha sido realizado por un grupo de enfermeras de la E.P. Hospital de Poniente

Descripción del problema/necesidades.
Las caídas constituyen un evento relativamente frecuente en todos los hospitales del mundo y pueden tener consecuencias importantes, tanto
necesidades a nivel individual como para la institución, siendo uno de los indicadores usados para la medición de la calidad de los cuidados de enfermería. En los últimos años, la Seguridad del Paciente se ha convertido en una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud Español y de las Comunidades Autónomas. En nuestro hospital contamos con la Subcomisión de caídas, dependiente de la Comisión de Seguridad del paciente, que trabaja en la línea de detección de pacientes de riesgo y en la prevención de caídas. Debido a las características que presentan los pacientes que atendemos en nuestra consulta (Limitación de la movilidad, uso de inmovilizaciones y dispositivos de ayuda, superficies mojadas, realización de técnicas dolorosas…) decidimos plantear y establecer medidas encaminadas a prevenir dichos eventos adversos.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Tras una revisión bibliográfica detectamos que no existen estudios previos sobre caídas de pacientes ambulatorios en hospitales. Utilizando la Guía de Prevención de caídas y la hoja de notificación de caídas editadas por nuestro Hospital; determinamos, tras una puesta en común de ideas, los factores que podían producir una caída dentro de nuestra consulta y establecimos estrategias preventivas acordes a los riesgos detectados. Implantamos de forma sistemática las siguientes medidas: Movilización correcta del paciente por parte del personal de enfermería y celadores, no dejar nunca al paciente solo, uso de dispositivos para evitar suelos mojados en la sala de yesos, tumbar a los pacientes a los que se les realice alguna técnica dolorosa.

Resultados obtenidos.
La experiencia obtenida fue satisfactoria,pues utilizando el documento de registro para la monitorización de caídas de nuestro hospital, y con los datos obtenidos del pasado año, observamos que en comparación con otras unidades del hospital en 2008 no se registraron caídas en nuestra consulta.

Lecciones aprendidas.
La idea clave que extraemos es que debemos detectar las circunstancias que puedan plantear un problema para la seguridad del paciente y establecer las medidas preventivas idóneas en relación al riesgo detectado. La clave en la prevención de las caídas en el medio hospitalario, es la detección de los pacientes de riesgo y plantear, en consecuencia, medidas correctoras útiles que garanticen una correcta y segura asistencia a nuestros usuarios.

C-679

INTERVENCIONES PARA LA MEJORA DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON DRENAJES TORÁCICOS

*SÁNCHEZ CARREÑO, MJ; LÓPEZ SANTO, I; SOTO BERNAL, JA; CRESPO PAESA, P; ALEMANY FRANCÉS, L Y SÁNCHEZ NIETO, JM.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Intervención, Seguridad, Drenajes Torácicos

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital General Universitario. Sección Neumología. Profesionales de Enfermería (DUE).

Descripción del problema/necesidades.
Seguridad en técnicas médico-quirúrgicas: drenaje torácico (DT). Tras análisis situación: ausencia protocolos actualizados y registro complicaciones, se realizan diseño y despliegue de medidas intervención.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio evaluación clínica prospectivo en pacientes hospitalizados por derrame pleural o neumotórax portadores de DT. Dimensión calidad: seguridad. Fuente datos: Historia clínica. Hoja Registro complicaciones. Fases: A) análisis situación. B) intervenciones: 1. Sesiones feed-back, 2. Talleres formación, 3. Protocolo Cuidados “Seguridad en Drenajes Torácicos” (p-SDT): elaboración (según normas programa EMCA) y validación (Comisión Garantía Calidad). Análisis estadístico: variables media ± desviación estándar y %.

Resultados obtenidos.
De febrero-octubre 2008, se analiza frecuencia complicaciones en 46 pacientes con DT ingresados en Neumología (45.7%), Cirugía (21.6%), Oncología (11,1%) y UCI (10.5 %). En los servicios analizados no disponen de protocolos actualizados de DT (< 5 años desde última revisión) o éstos no cumplen normativa de elaboración. Se registran 9 pacientes con complicaciones mayores (19,5%): 4 salidas tubo (8,6%) y 7 neumotórax (15,2%). Intervenciones: 1) Dos sesiones informativas (feedback) a médicos y DUE sobre resultados. 2) 20 módulos formativos, formato taller en lugar trabajo de 20 minutos duración con: -exposición audiovisual (DVD de 5 minutos con grabación de técnica inserción DT, manejo sistema DT y administración fibrinolíticos), -presentaciones Power-point (fisiopatología derrame pleural y explicación protocolo p-SDT). Control de asistencia: 203 DUE. 3) Protocolo p-SDT: -índice paginado, -texto descriptivo actividades y tareas, -evaluación protocolo: 3 indicadores (2 de proceso y 1 de resultado), -4 anexos:1 hoja informativa ilustrada dirigida a pacientes (color), 1 hoja monitorización de cuidados de DT, 2 flujogramas: movilización e instilación fibrinolíticos/ permeabilización, - bibliografía.

Lecciones aprendidas.
1) Se registra un elevado porcentaje de complicaciones que justifican la adopción de medidas de intervención 2) El plan formativo adopta un formato que consigue una elevada participación, 3) el protocolo de cuidados implica un cambio cualitativo en el manejo clínico de los pacientes con drenajes torácicos.
El indicador de resultado del protocolo incluye la monitorización de complicaciones mayores lo que permitirá la vigilancia planificada del nivel de seguridad de los drenajes torácicos.

C-680

SEGURIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE : TOMA DE MUESTRAS

*BOLET GALINDO, P.; PÉREZ POLAINO, E.; CASTILLO GALDEANO, E; GARCÍA PANIAGUA, J.; CABRERIZO CESAR, C. Y FERNÁNDEZ MARTÍN, M.. E.P.
HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Seguridad, identificación, muestra sanguínea, protocolo

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo ha sido realizado por un grupo multidisciplinar de profesionales: administrativos, celadores, técnicos de laboratorio y enfermeros de la Sala de Extracciones de la E.P. Hospital de Poniente, Almería.

Descripción del problema/necesidades.

Nos encontramos en un entorno multicultural, en donde la barrera idiomática y el desconocimiento oral y escrito de las diferentes lenguas supone un factor importante a la hora de identificar correctamente a los diferentes usuarios que se acercan hasta el hospital para realizarse una extracción sanguínea. Durante los últimos dos meses y mediante una hoja de recogida de datos se detectaron errores en cuanto a la identificación del paciente. A la llamada de un paciente, fácilmente podían acudir varias personas que aseguraban ser la persona llamada, por lo que intentamos analizar las causas de este problema mediante una tormenta de ideas con todo el equipo. Con este proyecto buscamos encontrarnos con el paciente correcto, al que se le extrae la muestra correcta en el momento adecuado. Es decir, aumentamos así la seguridad del usuario para el que trabajamos, dando un paso más que nos acerque a los estándares de calidad del SNS.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El abordaje de este proyecto se realizó por un equipo multidisciplinar preocupado por garantizar una correcta asistencia al ciudadano. Se elaboró una parrilla de posibles causas que surgieron utilizando técnicas de dinámica grupal: DAFO, y tras su análisis, se fueron priorizando y se buscaron soluciones realistas y funcionales que se recogieron y se difundieron en un protocolo para conseguir nuestro objetivo, la seguridad del paciente.
Algunas de estas medidas son: Entrega de un código numérico al paciente cuando se le recepciona, este código único identifica al paciente, a la petición de analítica y a la muestra.
Comprobación al ser atendido que el nº que posee el paciente corresponde con su petición y sus tubos para recogida de muestras. Comprobación de datos con algún tipo de documento.

Resultados obtenidos.

Este proyecto es de reciente implantación y esperamos obtener resultados en los próximos meses desde su puesta en marcha. Si podemos afirmar que, durante este tiempo, los profesionales han detectado una clara mejoría a la hora de identificar al usuario.

Lecciones aprendidas.

Como profesionales de la salud debemos velar por la seguridad del ciudadano, siendo necesaria la detección de problemas que se presentan en las unidades donde desarrollamos nuestra labor, el análisis de las causas y en consecuencia el planteamiento de medidas correctoras que garanticen una atención dirigida a al eficacia, eficiencia y efectividad.

C-681

SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA ANTE UNA ALERGIA AL LÁTEX

DÍAZ POZO, CM; RUIZ CASTILLO, MA; QUIRÓS JIMÉNEZ, V; GARCÍA FERNÁNDEZ, NM; CARRASCO SÁNCHEZ, CM Y GONZÁLEZ PÁEZ, I.
AREA SANITARIA NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Seguridad, Alergia, Látex, Quirófano, Prevención, Protocolo

RESUMEN

Contexto de partida.

En la Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico del Área Sanitaria Norte de Málaga dependiente del Servicio Andaluz de Salud nos preocupamos por incorporar un protocolo estándar suficientemente validado para proporcionar un ambiente quirúrgico seguro a los pacientes alérgicos al látex. Se realizó un estudio prospectivo y exhaustivo de todo el material de quirófano para valorar la presencia de objetos con látex. La idea partió de un grupo de trabajo para la mejora de la atención sanitaria que es un equipo multidisciplinar del Bloque Quirúrgico del Area.

Descripción del problema/necesidades.

La medidas sugieron a consecuencia de cada día aumentan las alergias problema/ al latex, por tanto se optó por disponer de medidas preventivas en el necesidades área quirúrgica para reducir el riesgo de exposición a los pacientes
alérgicos al látex, ya que es un hecho objetivado el aumento en la población de la sensibilización al látex. Las consecuencias inmediatas fueron proteger, aumentar la seguridad y calidad asistencial del paciente quirúrgico con alergia al látex. Evitar el riesgo de cualquier reacción anafiláctica. Las causas y la cuantificación del problema se realizó en base a conseguir un entorno seguro a estos usuarios

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó estudio exhaustivo de todo el material fungible y aparataje de quirófano, solicitando certificaciones a las diferentes casas comerciales. Equipo multidisciplinar de área quirúrgica con la colaboración de: Jefe de mantenimiento, personal de electromedicina y personal de almacén. Se difundió con la ayuda por parte de anestesia ante la inexistencia de un protocolo riguroso actualizado en tres reuniones de formación continuada con el equipo. Se comenzó con un set básico de actuación urgente y forrando todo el aparataje sospechoso de contener látex; se fue ampliando el material fungible con certificaciones y fichas técnicas solicitadas a las casas comerciales de forma que actualmente existe un equipo completo para quirófano

Resultados obtenidos.

Se dispone de un protocolo de actualización en el que se detalla la presencia o no de látex, de todo el material fungible y aparataje disponible en la unidad. Hemos aumentado la seguridad en el entorno quirúrgico en un paciente con alergia al látex. El documento se debe actualizar continuamente, teniendo en cuenta la introducción de nuevos productos y casas comerciales.

Lecciones aprendidas.

El conocer de forma exhaustiva cada uno de productos y aparatos que manejamos en lo referente a su contenido en látex y el volumen de factores de riesgo a los que se pueden exponer estos pacientes en un quirófano.

C-682

UNIFICACIÓN DE CRITERIOS EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA EN HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA

GARCÍA ORTEGA Mª ANGELES; YAÑEZ BRAVO CONCEPCIÓN; SÁNCHEZ RIVAS MARGARITA; VELASCO MORALES ANA BELÉN; COARASA SÁNCHEZ ROSARIO Y VAZQUEZ TORRES VANESSA.
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MALAGA

Palabras Clave: Seguridad , parada cardiorrespiratoria, niños, hospitalización

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realiza junto con las supervisoras de todas las unidades de hospitalización pediatrica en el Hospital Materno Infantil de Málaga.
Descripción del problema/necesidades.
La necesidad de establecer criterios que unifiquen la actuación ante posibles paradas cardiorespiratorias en las plantas de hospitalización crea la necesidad de plantear un protocolo de actuación y una organización de los carros de parada de estas unidades.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Reuniones de las supervisoras de planta con jefe de bloque del area en la que se aportaban protocolos hallados tras una búsqueda bibliográfica , junto con la información de los profesionales de la unidades que aportaban las supervisoras en cuanto a facilitar las actuaciones en este tipo de procesos. Se establecieron reuniones quincenales durante una periodo de dos meses para protocolizar la organización de los carros de parada.
Resultados obtenidos.
Se unificaron criterios en cuanto el material disponibles en los carros de parada, las revisiones de estos materiales queda también fijada y con un registro de las mismas para verificación del correcto uso del material disponible en el carro, información a nuevos profesionales que acuden a las unidades en periodos estivales . Tras esto nos surgen necesidades de protocolizar las actuaciones del personal en concenso con las unidades de especialidad de criticos pediatricos de nuestro hospital, en esta fase nos encontramos para desarrollar.
Lecciones aprendidas.
El trabajo consensuado por los profesionales de las unidades facilita la comprensión de la actualización de protocolos en el hospital. La organización con criterios de referencia de los carros de paradas en las unidades facilita el conocimiento y la actuación por parte de los profesionales. El proyecto de unificar las actuaciones con las unidades de criticos pediatricos garantiza la seguridad en las intervenciones a realizar con los pacientes de nuesras unidades.

C-683

EL ABISMO ENTRE EFICACIA Y EFECTIVIDAD: ANÁLISIS DEL USO ADECUADO DE SISTEMAS DE INHALACIÓN EN POLVO

MANUEL CASTILLA MARTÍNEZ; SÁNCHEZ NIETO, JM; ANDUJAR ESPINOSA, R; CASTILLO QUINTANILLA, C; BERNABEU MORA, R Y CARRILLO ALCARAZ, A.
HOSPITAL MORALES MESEGUER (MURCIA)

Palabras Clave: Inhaladores de Dosis Medida Polvo Respiratorio

RESUMEN

Contexto de partida.
Ámbito hospitalario:Consulta Externa de Neumología (Hospital General Universitario). Facultativos Neumología
Descripción del problema/necesidades.
Objetivo: Constatar el uso inadecuado de los inhaladores en polvo (SIP), tan ampliamente distribuidos en la práctica clínica rutinaria. Investigación evaluativa (Audit clínico) con intervención. Muestreo consecutivo de pacientes respiratorios crónicos estables que reciben SIP. Evaluación: 1)Recogida variables, 2) Medición 4 Criterios(Cr) relativos a flujo inspiratorio(FI) y técnica inhalatoria, 3)Diagnósticograd ación enfermedad (según Guías vigentes)
Desarrollo y soluciones aportadas.
Definición uso adecuado SIP: indicación fármaco/s según normativas(CrI)+capacidad del paciente de realizar un FI suficiente para la dispensación del fármaco(CrII). Definición Técnica correcta: carga correcta del dispositivo(CrIII)+realiza apnea(CrIV)+CrII. Herramientas: Cuestionarios con variables, medidor flujo in-Check®, placebos de SIP. Estadística: variables como media±DE y %. Comparación variables: Chi2 y T Student. Intervención simultánea a evaluación:1)Reeducación en técnica inhalatoria,2)Cambios en la prescripción de inhalador/es y/o fármaco/s. Fases: Identificación de oportunidad de mejora/diseño estudio>Recogida de datos+intervención simultánea(Oct 2008-Mayo 2009)>Análisis datos
Resultados obtenidos.
De octubre a Abril de 2008 se estudian 37 pacientes: 18 Asma(48,6%), 16 EPOC(43,2%), 3 otros. Edad:61,8 años (15-85). 55 SIP: 18 Accuhaler® (32,7%), 21 Turbuhaler® (TH) (38,2%), 16 Handihaler® (29,1%). Incumplimientos: CrI 20 (36,4%), CrII 16 (29,1%), CrIII 10 (18,2%), CrIV 44 (80%), uso adecuado (CrI+II) 30 (54,5%) y técnica correcta (CrII+III+IV) 46 (83,6%). Existen relaciones estadísticamente significativas entre SIP y: FI, uso adecuado (ambos p<0,001) y técnica inhalatoria (p=0,049). Se realizan intervenciones sobre 34 SIP (61,8%), especialmente sobre TH que pasa del 38,2% al 14,5% de los SI. Hasta un 34,5% de SIP precisaron cambio a cartucho+/-cámara. Los principales motivos de intervención fueron incumplimiento Guías y FI insuficiente (36,4% y 48,5%)
Lecciones aprendidas.
Más de la mitad de los SIP evaluados no cumplen criterios de uso adecuado Casi un tercio de los casos no presentan suficiente FI para el SIP que llevan indicado A pesar de la aparente facilidad de manejo, la técnica con los SIP es deficiente Casi dos tercios de los SIP sufrieron algún tipo de intervención Mensajes prácticos:1)además de una correcta prescripción farmacológica, es preciso la elección cuidadosa del SI, 2)la estimación del FI es una valiosa herramienta de mejora del uso adecuado (efectividad) de los SIP

C-684

TRATAMIENTOS ANTIANGIOGÉNICOS INTRAVÍTREOS: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACOSTA ROBLES, P; PINTO NIETO, CM; FERNANDEZ MARTIN, JM; MORALES MOLINA, JA; CANTO MANGANA, J* Y GIMENO JORDÁ, MJ.
EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Bevacizumab, Ranibizumab, Intravitreo, DMAE, Optimización

RESUMEN

Contexto de partida.

El Área de Farmacia de la Empresa Publica Hospital de Poniente cuenta desde hace años con una unidad centralizada de mezclas estériles (UCME) en la que se preparan muchos medicamentos para ser administrados vía parenteral

Descripción del problema/necesidades.

Dada la complejidad de administración y preparación de ranibizumab y bevacizumab, y la falta de adecuación de las presentaciones comerciales a la práctica diaria, se valoró la opción de preparar jeringas precargadas para administración directa en quirófano. De esta manera se ofrece un producto de máxima seguridad para el paciente

Desarrollo y soluciones aportadas.

La dosis a administrar de ranibizumab debe ser de 0,5mg y de bevacizumab de 1,25mg; nos planteamos la opción de dosificar de forma individualizada cada uno de estos medicamentos; conseguimos de cada vial de ranibizumab 3-4 dosis y de cada vial de bevacizumab 24 dosis; cada dosis se prepara en cabina de flujo laminar horizontal, se envasa en jeringa de 0,3 ml con aguja de 30 gauges. De forma rutinaria y dada la especial vía de administración de ambos medicamentos se solicitan análisis microbiológicos de los lotes elaborados. En el caso de bevacizumab el tratamiento debe ser aprobado por el Ministerio de Sanidad tras solicitud del correspondiente uso compasivo

Resultados obtenidos.

Desde la inclusión de ambos anticuerpos monoclonales en la Guía Farmacoterapéutica, desde junio de 2007 hasta abril de 2009 se han tratado un total de 177 enfermos, 84 con bevacizumab y 93 con ranibizumab. El coste total de los medicamentos ha sido de 107.560€; en caso de no haber elaborado las dosis de forma centralizada el coste hubiera sido de 407.910€. En relación a la calidad del producto dispensado los oftalmólogos de nuestros hospitales están totalmente satisfechos, y desde el punto de vista microbiológico ninguna jeringa ha desarrollado crecimiento bacteriano tras 48 horas de incubación

Lecciones aprendidas.

1. El producto final elaborado cumple los requisitos de calidad exigidos, es aceptado perfectamente por el oftalmólogo y permita una administración segura para el paciente 2. La elaboración de jeringas precargadas de bevacizumab y ranibizumab es una opción económicamente muy favorable. 3. Seria necesario desarrollar más estudios de estabilidad de ambos fármacos

C-685

IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE DOLOR TORÁCICO EN EL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR (ANDÚJAR, JAEN).

ROMERO DE CASTILLA GIL, RJ; CASTELLANO ORTEGA, MA; RUS MANSILLA, CARMEN; MARTÍNEZ QUESADA, M.; BAYONA GÓMEZ, AJ Y CORTEZ QUIROGA,G..
EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

Palabras Clave: Cardiología, Medición y Análisis de resultados

RESUMEN

Contexto de partida.

La Unidad Funcional de Dolor Torácico (UFDT) se implanta entre 2005 2006 en el Hospital Alto Guadalquivir, comarcal de tipo IV (102 camas, atiende unos 65300 hab.) Nace de un grupo de mejora compuesto por urgenciólogos, intensivistas, cardiólogos y asesorado por Coordinación de Calidad. Su alcance incluye a todos los pacientes que consultan en Urgencias por Dolor Torácico.

Descripción del problema/necesidades.

Enfoques de UFDT en hospitales de mayor nivel obtienen buenos problema/ resultados sobre todo en pacientes de alto riesgo. Sin embargo, en necesidades riesgo intermedio e intermedio - bajo (IM-IMB)(hasta un 3% pueden ser alta con pruebas (-) y padecer cardiopatía isquémica) los datos eran escasos. Nuestro OBJETIVO FUNDAMENTAL fue mejorar la atención a este grupo: disminuir demora en realizar ergometría diagnóstica, y mejorar puntos críticos (registros, seriación de pruebas..) del proceso. Se estratificaron los pacientes tras análisis (flujogramas, análisis HFMEA, Guías Clínicas). Se realizó un estudio piloto entre Julio-Octubre 2005 (311 casos) para cuantificar el punto de partida.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1ª: desarrollo de protocolos de estratificación de pacientes. Difusión y formación a Urgencias e intensivos. Creación de circuitos normalizados de atención. 2ª: Catálogo de indicadores, alineados con: 1.- mejorar la atención en riesgo IM-IMB; 2.-calidad formal de los registros en puntos clave (según análisis HFMEA previo). 3ª: Formación a personal de nueva incorporación y feed -back trimestral en sesiones clínicas conjuntas. 4ª:transversal: difusión en foros (proyecto con varios premios) para mantener la “tensión del circuito”

Resultados obtenidos.

Se explotó la Base “ergometrías” y la aplicación “Portal Clínico” para el cálculo. La demora en realización de ergometría disminuyó de 33 d (2005) a 2,97 (2008). Han desaparecido los picos de ineficacia en verano (sustituciones). La proporción de ergos (+) del total (en consulta e ingresados) no aumentó pero sí disminuyó su demora: Como resultado fundamental, la demora (tiempo “en riesgo”) de las ergometrías (+) pasó de 24 d (2005) a 1 en 2008. La calidad formal de las historias (compuesto) pasó de 50 a 86%. Como oportunidad innovadora, nos orientaremos a la medición de los costes (metodología ABC), para determinar si este enfoque también es coste-efectivo.

Lecciones aprendidas.

Es posible mejorar resultados con este enfoque. El coste de implantación es muy reducido. La detección de nichos de ineficiencia supone disminuir riesgos reales (en este caso tiempo hasta diagnóstico) en grupos que, de no desagregarse, pensamos que quedarían ocultos en los resultados globales.

C-686

EVALUACION DE IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES.

MONTERO ROMERO,E.; TORAL MARÍN,J.; PALACIOS GÓMEZ,C.; LÓPEZ-CUERVO DERQUI,R; ALARCÓN MARTÍNEZ,L. Y ORTIGOSA MORENO,L.M..
HHUU VIRGEN DEL ROCÍO

Palabras Clave: Médicos, Formación,Evaluación.

RESUMEN

Contexto de partida
El trabajo se realiza en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla. Participan como organizaores y docentes profesionales de la Unidad de Urgencias y de la Fundación IAVANTE. Y Médicos Internos Residentes de primer año como discentes.
Descripción del problema/necesidades.
El proyecto se enmarca dentro del plan de acogida a los Médicos problema/ Internos Residentes de primer año. Se incide sobre la inexperiencia necesidades profesional de este colectivo.Las consecuencias sobre la atención a los pacientes se evalúan mediante encuestas dirigidas a docentes y alumnos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El desarrollo de los circuitos de formación consta de 5 estaciones. Organización Funcional del Servicio de Urgencias. Protocolos de Actuación en el Servicio de Urgencias. Habilidades Relacionales y Entrevista Clínica. Introducción a la entrevista clínica, familiar intrusivo, relación con profesionales, comunicación de malas noticias y paciente conflictivo. Circuito de Entrenamiento en Técnicas de Soporte Vital: Vía aérea , Vía Venosa y Perfusión y Monitorización, y tratamiento eléctrico de arritmias . Circuito de Entrenamiento en Escenarios de Simulación de Urgencias.Talleres sobre casos clínicos concretos. Durante las Acciones Formativas, se utiliza una metodología de simulación escénica, virtual y robótica. Además, metodología expositiva, de resolución de situaciones y de discusión de los resultados obtenidos en las mismas.
Resultados obtenidos.
Para el análisis de impacto del proyecto, se han identificado aspectos clave :
Las variables dependientes son:
Aplicabilidad. Seguridad.Evitación de Errores.Oportunidad. Condiciones del Entorno.Posicionamiento.
Las variables independientes, son:
Utilidad. Metodología.Tipo de Competencia/s. Nº de Residentes por Acción Formativa.Ratio Profesor – Alumno. Actividad “Entrenada”.
Edad.Puesto de Trabajo.
La herramienta de evaluación del impacto de la formación se materializa en el diseño de un cuestionario que es aplicado a todos/as los alumnos/as que participan en el Programa de Entrenamiento :
CUESTIONARIO DE APLICABILIDAD DE COMPETENCIAS PROFESIONALES (CACP-v.1-05).
Lecciones aprendidas.
Se proponen sugerencias de mejora:disminuir la carga teórica de las sesiones. Gracias a la parte de Habilidades Relacionales y Entrevista Clínica, consiguen los conocimientos y técnicas básicas para comenzar la etapa profesional . Sus habilidades instrumentales son muy deficitarias y desde el inicio del curso sufren una gran mejoría. Las Metodologías utilizadas son muy bien valoradas por los profesionales y todos creen que tienen relación con la realidad profesional.

C-687

EVALUACIÓN DEL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE NORMAS DE CALIDAD EN PACIENTES PALIATIVOS DEL ÁREA

NUÑEZ MONTENEGRO AJ; SANTOS PÉREZ JJ; DELGADO VIERA R; ORTEGA MORELL A Y FERNÁNDEZ ROMERO RI.
ÁREA SANITARIA NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Paliativos, Estrategia, Cuidados, Seguridad, Guia

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Area Sanitaria Norte de Málaga dependiente del Servicio Andaluz de Salud, los profesionales implicados fueron el equipo de Soporte de Cuidados Paliativos y los medicos y enfermeros de familia de Atención Primaria.
Descripción del problema/necesidades.
El objeto es evaluar el grado de cumplimiento de la guía y la calidad de vida de los pacientes paliativos y analizar los cuidados en cuatro zonas básicas. La creación y el fundamento de estas guía tiene como finalidad la estandarización de las actuaciones de los profesionales, la aplicación uniforme y homogénea de los cuidados y recursos que requieren los usuarios. La utilización de estas Normas Básicas viene propiciada por los continuos y variados cambios dentro del a organización con objeto de mejorar la calidad asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creo un grupo de trabajo multidisciplinar donde se concretó la guía de normas mínimas de calidad que para pacientes paliativos del Area. Una vez especificadas esta guía se elaboró un documento que se trasmitió a los profesionales responsables de la atención de estos pacientes, a traves sesiones de formación continuada por cada uno de los centros donde se van a aplicar. Las fases del proyecto fueron: concreción de las normas, elaboración de la guía, difusión, implementación y aplicación durante el 2008, obtención de los datos mediante auditoria y analisis de los datos.
Resultados obtenidos.
La cobertura es del 100% de estos pacientes. El primeros de los resultados que nos arroja el estudio es que más del 30% de pacientes incluidos en el programa de paliativos no son atendidos por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. El grado de implementación indica que el más del 90% de los pacientes tienen una valoración de enfermera y más de un 98% de ellos han sido valorados por el médico. Al 96% se le han realizado más de 10 visitas lo cual indica el alto grado de complejidad y de cuidados requerido por este tipo de pacientes. En más del 80% se ha contactado antes de las 24 horas y se le ha realizado la visita antes de los 5 días. Más del 92% presenta un cuidador responsable de la continuidad de los cuidados, dentro de los cuidados señalar que el 11% presenta ulceras por presión.
Lecciones aprendidas.
Esta Guía la consideramos una herramienta que nos ayuda a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y procurando cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos, y disminuye la variabilidad de las actuaciones de los profesionales hasta lograr un grado alto de homogeneidad.

C-688

AUMENTO DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA AUTOEVALUACIÓN

SEVILLANO ROMERO, R; VISCONTI GIJÓN, J.V.; USERO RUIZ, A; ARASA GASTALDO, E; SAUS CARRERES A Y RODRÍGUEZ BENITO, V.J.. INACEPS

Palabras Clave: Autoevaluación, gestión, seguridad, calidad, acreditación

RESUMEN

Contexto de partida.
Se ha realizado una serie de autoevaluaciones según el modelo de calidad INACEPS, mediante una plataforma informática en distintos centros y servicios de la Comunidad Valenciana, en los que han participado todos los profesionales implicados en los procesos de las distintas especialidades
Descripción del problema/necesidades.
Se pretende mediante esta herramienta, ver la situación el la que se encuentras los distintos centros y servicios autoevaluados para detectar deficiencias que pudieran incidir directamente sobre la seguridad de los pacientes
Desarrollo y soluciones aportadas.
Mediante los distintos aspectos que valora la plataforma on-line de autoevaluación de centros y servicios se aislaron aquellos aspectos de las distintas especialidades evaluadas que hacen referencia de forma directa o indirecta con la seguridad del paciente. Se ha analizado la autoevaluación voluntaria de unos 60 centros que abarcan especialidades como hemodiálisis, primaria, UDCA, Farmacia hospitalaria, urgencias y oficinas de farmacia, en una primera fase los centros o servicios cumplimentan el cuestionario de autoevaluación electrónico, ofreciendo los profesionales del centros las propuestas de acciones de mejora necesarias para los aspectos más deficitarios, en una segunda fase el propio INACEPS emite un informe con nuevas propuestas, no terminado ahí el proceso, si no que el centro continua aportando acciones de mejora y reevaluándose
Resultados obtenidos.
Se evidenció que la autoevaluación permite obtener una información sobre la situación en tiempo real de los distintos centros, de una forma estandarizada, permitiendo a estos la detección de sus puntos débiles en lo referente a la seguridad del paciente, además de permitir una comparativa intercentros, lo que en un futuro permitiría realizar acciones de mejoras basadas en la experiencia
Lecciones aprendidas.
La autoevaluación de centros y servicios de la Comunidad Valenciana, es una herramienta bien aceptada por los profesionales. Aporta información útil para el desarrollo y aplicación de acciones de mejora adecuadas en aras de garantizar la seguridad de los pacientes dentro del proceso asistencial o en su relación con el mismo La Autoevaluación de centros y servicios de la Comunidad Valenciana, es una herramienta bien aceptada por los profesionales. Aporta información útil para el desarrollo y aplicación de acciones de mejora adecuadas en aras de garantizar la seguridad de los pacientes dentro del proceso asistencial o en su relación con el mismo abarcan

C-689

GRUPO DE MEJORA EN LA ACTUACIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA EXTRACORPÓREA

SAGRERA FELIP, C. y OBIOLS ARDERIUS,A..
Capio Hospital General de Catalunya

Palabras Clave: Cirugía, Toracotomia, Infección, Costes Sanitarios

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Hospital General de Catalunya, conjuntamente el departamento de seguridad del paciente y del control de infecciones, los profesionales implicados en la realización del trabajo han sido las enfermeras responsables de dichos departamentos.
Descripción del problema/necesidades.
Sobre las infecciones de herida quirúrgica de los pacientes sometidos a cirugía extracorpórea. Las consecuencias para los pacientes revierte en la gravedad de las complicaciones post-quirúrgicas con el consiguiente aumento de días de ingreso y aumento de costes sanitarios. Se realizo una revisión completa de historias clínicas donde se tuvieron en cuenta los datos más relevantes que podrían favorecer la aparición de infecciones. Las causas del problema se analizaron a través de la metodología de mejora de la calidad con los instrumentos de brain storming, diagrama de Ishikawa, diagrama de pareto y un cronograma de actuación. Una vez valorados los problemas de manera individual por cada una de las fases del proceso quirúrgico (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio inmediato) se realizaron propuestas de acciones de mejora.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se desarrollo creando un grupo multidisciplinar que analizo las posibles causas del problema, con un seguimiento observacional de la aplicación de todo los procedimientos a los que esta sometido el paciente, valorando de esta forma las posibilidades de mejora. Los profesionales implicados pertenecen al grupo multidisciplinar formado por cirujano cardiaco, anestesia, cardiólogo, intensivista, enfermería quirúrgica, de intensivos y hospitalización, miembros de la comisión de infecciones y de la seguridad del paciente. conjuntamente con Dirección médica y Dirección de enfermeria.
Resultados obtenidos.
Actualmente estamos en la fase de recogida de datos donde ya se podrán valorar las propuestas de mejora realizadas y esperamos poder presentarlas en el congreso.
Lecciones aprendidas.
Los cuidados preoperatorios es uno de los puntos de mejora más importante por el tipo de infecciones. La colaboración de los distintos equipos para la detección de los problemas ha sido decisiva. La divulgación de las acciones de mejora será fundamental para la obtención de resultados. Con las medidas adoptadas esperamos tener una disminución en el número de infecciones, para ello realizaremos un seguimiento de los pacientes que van a ser intervenidos y una monitorización de resultados.

C-690

TROMBOPROFILAXIS Y USO SEGURO DE LA HEPARINA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES

SATURNO HERNÁNDES, PJ; GAMA, ZAS* Y FONSECA MIRANDA, YA.
U.D. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. U. DE MURCIA

Palabras Clave: Tromboembolismo, Evaluación-de-riesgo, Anticoagulantes, Efectos-adversos

RESUMEN

Contexto de partida.
Realizamos un estudio transversal en una muestra representativa de hospitales del Sistema Nacional de Salud español (N=22).

Descripción del problema/necesidades.
El tromboembolismo venoso (TEV) y las hemorragias asociadas al uso de anticoagulantes son efectos adversos comunes en los hospitales españoles.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Los objetivos fueron describir el grado de implementación de las recomendaciones de buenas prácticas para la seguridad del paciente (National Quality Forum) para la prevención de TEV y uso seguro de anticoagulantes. Se construyeron, validaron y midieron indicadores sobre prevención de TEV (1 de estructura y 1 de proceso) y sobre uso seguro de anticoagulantes (2 de estructura y 1 de proceso). Los indicadores de estructura fueron recogidos mediante auditoria. Los de proceso mediante revisión de historias clínicas de pacientes >64 años con estancia >2 días, para evaluación del riesgo de TEV; y pacientes con prescripción de heparina a cada 12 horas, para uso seguro de anticoagulantes.

Resultados obtenidos.
Once de 20 hospitales informa tener implantado un protocolo de tromboprofilaxis, no obstante, ninguno cumple el indicador sobre evaluación del riesgo de TEV (cumplimiento = 5,8%; IC95% 5,6-6,0). Respecto al uso seguro de anticoagulantes, nueve de 20 hospitales tiene un protocolo de administración de heparina mediante un nomograma, y uno de 20 hospitales tiene protocolada la gestión de la anticoagulación por el propio paciente. Adicionalmente, uno de 19 hospitales cumple el indicador sobre la correcta evaluación del paciente (peso y función renal) antes de iniciar la terapia anticoagulante con heparina (cumplimiento = 17,5%; IC95% 16,818,2). Los fallos más prevalentes en esta evaluación fueron la no valoración del peso del paciente (73,8%; IC95% 73,0-74,6) y la no valoración de la creatinina previo a la administración de heparina de bajo peso molecular (17.2%; IC95% 13,0-21,4).

Lecciones aprendidas.
La escasa evaluación de riesgo de TEV y la evaluación incorrecta previa a la administración de heparina exponen a los pacientes a un incremento innecesario del riesgo de eventos tromboembólicos y hemorrágicos. Además, debe potenciarse el diseño y utilización de protocolos para tromboprofilaxis y uso seguro de anticoagulantes.

C-691

EVOLUCION EN LA INFECCION POR EL VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH). CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) SEVILLA.

ISABEL PUEYO RODRÍGUEZ; CONCEPCION MARTÍNEZ DIAZ DE ARGANDOÑA*; CINTA REDONDO VERAL; ENRIQUE RUIZ FERNÁNDEZ Y DOLORES SÁNCHEZ MOLINA.
CENTRO DE INFECCIONSES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Palabras Clave: Virus, Papiloma, Humano, Infecciones, Transmision Sexual

RESUMEN

Contexto de partida.
El centro ITS Sevilla ejerce como Dispositivo de apoyo de Atención Primaria desde 1989, la actuación es de ámbito provincial, aunque acuden pacientes procedentes de zonas limítrofes. Actualmente el equipo está constituido por una dermatóloga, una médico de familia con experiencia en dermatología, tres enfermeros/as y dos administrativos. Nuestro objetivo es la disminución de la incidencia y prevalencia de las ITS.

Descripción del problema/necesidades.
La infección por VPH constituye la patología con mayor incidencia y prevalencia de nuestro centro, suponiendo una desbordante carga asistencial y un serio problema de salud pública por las implicaciones en la génesis del cáncer genitoanal.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Evaluamos los pacientes atendidos por VPH en el período (89-08), para identificar su perfil: Sexo, edad, nivel instrucción, orientación sexual, métodos anticonceptivos, etc. Valoramos las repercusiones sanitarias en mujeres por patología cervical o afectadas en gestación. Estudiamos los tratamientos instaurados. Identificamos los serotipos de VPH desde 1995 (PCR). Realizamos un estudio estadístico descriptivo retrospectivo del período (1989-2008)

Resultados obtenidos.
En el período (89-08) atendimos 37804 pacientes en el centro I.T.S Sevilla. El varón fue prevalente con un 56%. Un 15.95% del total (n: 6031) estaban afectados por VPH. Los varones primaron con un 54%. La edad media fue 29.3 años± 8,195. Existía pareja estable en el 74.8%, un 19.4% manifestó de tres a cinco relaciones con diferentes personas en el último año y un 10.5% con más de 6 personas. El grupo de personas prostituidas constituyó el 5% de la muestra. Un 12.51% de afectados por HPV fueron hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. El VPH afectó a 214 gestantes. El 26.6% presentaba otra I.T.S, el 5.5% tenían dos y el 1.4% tres ITS más. En el 3.56% de los pacientes con VPH coexistía VIH. Destaca el gran aumento de la infección VPH desde 1989. En 1990 hubo 89 casos, se duplica en 1995(n: 213). En 2007 se triplica el número (n: 601). Desde Mayo de 2008, se refuerza la consulta con una médico, una enfermera y un administrativo. En 2008 los pacientes con VPH aumentaron hasta 936 constituyendo un incremento superior al 55% (2007)

Lecciones aprendidas.
La infección por VPH aumenta de manera más acusada en los últimos diez años. Reflexionar sobre la necesidad de aumentar los recursos sanitarios debido a la gran cantidad de población joven afectada. Es preciso reforzar la educación sanitaria sobre sexualidad a nivel poblacional, incidiendo en programas de salud como planificación familiar y consultas de jóvenes

C-692

EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DESDE EL APLICATIVO SELENE EN EL ÁREA IV DE SALUD

JUAN ANTONIO LÓPEZ GARCÍA; ANTONIO CANOVAS SERRANO; ISABEL GARCÍA ARSAC; CESAR PÉREZ SOLER; CARMEN GARCÍA LÓPEZ Y INMACULADA CORBALÁN RODRÍGUEZ.
ÁREA IV DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

Palabras Clave: Información, Atención progresiva al paciente, Informática.

RESUMEN

Contexto de partida.

La comunicación entre los profesionales de enfermería de los diferentes niveles asistenciales se considera necesaria para garantizar la continuidad de cuidados a los pacientes. Por ello en la Región de Murcia el Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería diseñó un modelo corporativo de Informe de Continuidad de Cuidados (ICC).

Descripción del problema/necesidades.

Dicho modelo de ICC identifica los problemas de salud del paciente utilizando el lenguaje normalizado de la clasificación NANDA, y estructura la información en base a los patrones funcionales de Majory Gordon; este documento deja cabida al lenguaje natural en un apartado denominado “resumen de cuidados”, en el que los profesionales que no manejan el lenguaje normalizado pueden expresarse.

Este modelo esta diseñado para usarse en formato papel, lo que entorpece su elaboración y comprensión al contener mucha información impresa y no utilizada.

En el Hospital Comarcal del Noroeste tuvimos mayor dificultad aún puesto que desde 2005 los profesionales de enfermería utilizan el aplicativo informático SELENE para sus registros. Por lo que nos planteamos integrar el modelo corporativo de ICC en el aplicativo informático.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se inicia con tres objetivos: soluciones aportadas

•Integrar el modelo de ICC corporativo en el aplicativo SELENE.

•Facilitar el uso de lenguaje enfermero a profesionales que no lo usan habitualmente.

•Conseguir un ICC de fácil visualización y comprensión.

Para esto se crea un grupo de trabajo dentro de la comisión de cuidados que revisa los diagnósticos de enfermería contenidos en el modelo corporativo de ICC, y realiza una selección de factores relacionados y características definitorias, para que al introducirlos en el aplicativo permitan enunciar diagnósticos en formato PES.

Se trabaja conjuntamente con los informáticos para crear un formulario similar a los que usan los profesionales de enfermería habitualmente.

Resultados obtenidos.

Obtuvimos un formulario que permite emitir diagnósticos de enfermería con formato PES, utilizando el lenguaje normalizado NANDA.

Logramos un informe en formato Word, de fácil lectura, que incluye tanto diagnósticos enfermeros como problemas de colaboración. Este queda en la historia clínica electrónica de cada paciente, pudiéndose consultar inmediatamente desde cualquier centro de atención primariadel Área IV.

Lecciones aprendidas.

Las nuevas tecnologías suponen un reto adaptativo en nuestro trabajo diario, y son a la vez una potente herramienta para desarrollar una labor de mayor calidad.

C-693

EVALUACIÓN DEL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE NORMAS MÍNIMAS DE CALIDAD EN PACIENTES CON UPP.

NÚÑEZ MONTENEGRO AJ; SANTOS PÉREZ JJ; DELGADO VIERA R; POZO MUÑOZ F; CÓRDOBA GARRIDO L Y VALDÉS SOLIS AP.
ÁREA SANITARIA NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Ulcera, presión, cuidados, piel, integridad, guía

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se ha realizado en el Área Sanitaria Norte de Málaga dependiente del Servicio Andaluz de Salud, los profesionales implicados fueron médicos y enfermeros de familia de Atención Primaria

Descripción del problema/necesidades.

El objeto es evaluar el grado de cumplimiento de la guía y la calidad problema/ de vida de los pacientes portadores de UPP (Ulceras por presión) y necesidades analizar los cuidados en cuatro zonas básicas.

La creación y el fundamento de esta guía tiene como finalidad la estandarización de las actuaciones de los profesionales, la aplicación uniforme y homogénea de los cuidados y recursos que requieren los usuarios. La utilización de estas Normas Básicas viene propiciada por los continuos y variados cambios dentro del a organización con objeto de mejorar la calidad asistencial

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se creo un grupo de trabajo multidisciplinar donde se concretó la guía de normas mínimas de calidad que para pacientes con UPP del Área. Una vez especificadas esta guía se elaboró un documento que se trasmitió a los profesionales responsables de la atención de estos pacientes, a través sesiones de formación continuada por cada uno de los centros donde se van a aplicar. Las fases del proyecto fueron: concreción de las normas, elaboración de la guía, difusión, implementación y aplicación durante el 2008, obtención de los datos mediante auditoria y análisis de los datos.

Resultados obtenidos.

Las UPP se distribuyen de forma no homogénea por las cuatro zonas básicas y las cinco Unidades de Gestión Clínica. La distribución por sexo se puede ver que hay mayor proporción de mujeres con UPP el 78, 94% y en hombres un 21,05%. La edad de los pacientes oscila entre los 41 y 94 años,por tanto se puede observar que es una patología que se muestra en edades muy dispares. Este tipo de pacientes son muy frágiles y complejos, por lo que podemos observar que el 100% de ellos tienen valoradas sus necesidades y más de un 80% requieren de cuidados de enfermería con una alta frecuencia. En referencia a los cuidados aplicados el 92,98% presenta algún diagnóstico de enfermería y que el 100% de estos presentas unas intervenciones relacionadas para trabajar el problema. Es más el 94,73% de la muestra presenta intervenciones relacionadas.

Lecciones aprendidas.

Esta Guía la consideramos una herramienta que nos ayuda a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y procurando cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos, y disminuye la variabilidad de las actuaciones de los profesionales hasta lograr un grado alto de homogeneidad.

C-694

PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN A QUIRÓFANO

FUENTES MARTÍN, E; CASTILLO CASTILLO, J. C; DIAZ POZO, C. M; MORA CASTELLANO, D; MORENO PÉREZ, M Y PADILLA ORTIZ, M. I.
ÁREA SANITARIA NORTE DE MALAGA

Palabras Clave: Acogida, Anestesia, Instrumentación, Circulante, reanimación

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico del Área Sanitaria Norte de Málaga. Equipo multidisciplinar del Bloque Quirúrgico.
Descripción del problema/necesidades.
Tras la dinámica en la incorporación de personal nuevo a la Unidad de problema/ Gestión Clínica se observó la necesidad de ayudar al personal para necesidades asumir las responsabilidades de su puesto de trabajo, con una fiabilidad y confianza que nos muestre un entorno seguro para el paciente y el profesional. Las causas de los problemas re analizaron a través del análisis de los Eventos Adversos, en los que dio como resultado que éstos aumentan cuando había personal nuevo en la Unidad, lo que nos objetivó las observaciones aportadas por algunos profesionales. Las consecuencias inmediatas fue la seguridad con que los profesionales de nueva incorporación aplican los cuidados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se organizaron grupos de trabajo donde se trabajaron las funciones y actividades que deben realizar cada profesional en cada uno de los puestos desempeñados, realizado todo con grupos de trabajo con la técnica de grupo focal. Además se realizado un manual del funcionamiento de cada uno de los instrumentos o aparatos con los que cuenta la Unidad. En esta tarea trabajo de forma unánime todo el personal, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el material y la dinámica de otras unidades similares, se sucedieron las reuniones hasta que se alcanzó el consenso.
Resultados obtenidos.
Los resultados a priori y sin cuantificar se puede afirmar que ha disminuido la angustia del profesional de nueva incorporación y que han disminuido el comunicado de eventos adverso, por tanto se ha aumentado la seguridad del paciente.
Lecciones aprendidas.
Pensamos que este proyecto se puede incorporar a otras unidades de perfil similar e incluso orientar a otras unidades en la estructura y desarrollo hasta su implantación en otras unidades.

C-695

DISPENSADOR DE MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN (PYXIS)

REGAÑO DOMINGUEZ, M.; PAZ RODRÍGUEZ, C.; JIMÉNEZ SÁNCHEZ, P.; TORRES NAVARRO, I. Y QUINTANA MARTÍN, M..
HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE BENALMÁDENA

Palabras Clave: Sadme, Idbiométrica, Pyxis, Dispensador, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
Dentro del Plan de Seguridad de los pacientes en urgencias y común a todos los subprocesos, se instaura el dispensador de medicación que consiste en suministrar y facilitar la adecuada medicación prescrita de forma individualizada. Esto repercute indiscutiblemente en una mayor seguridad en la atención al enfermo y por tanto en una menor posibilidad de que surjan efectos adversos. Este trabajo se realiza en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena (Málaga) en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. En este proyecto participa un equipo compuesto por personal sanitario y no sanitario.
Descripción del problema/necesidades.
Dar a conocer las ventajas sobre la implantación y uso del dispensador de medicación tanto para el personal sanitario autorizado como para los pacientes en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Benalmádena (Málaga). Enfoncando éstos hacia una total seguridad en cuanto a la prescripción y administración de medicación individualizada hacia el paciente. Disminuyendo por tanto el número de errores en el manejo genérico de medicación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Una vez instalado el dispensador en el Servivio de Cuidados Críticos y Urgencias, para fomentar y potenciar su uso correcto entre el personal autorizado se realiza la siguiente estrategia a seguir: 1. Elaboración de un flujograma para su correcto uso. 2. Encuesta de satisfacción al personal sanitario del Servicio de Urgencias. En esta encuesta, se formulan diferentes ítems de opinión, valorando las ventajas de su uso con respecto a su no uso. 3. Sesión para la formación de los profesionales en el uso del dispensador de medicación. 4. Valoración del progreso en el manejo correcto del dispensador mediante el registro informático que queda registrado en el mismo, supervisado por el responsable de la Unidad de Farmacia. Garantizando la confidencialidad y el respeto tanto del profesional como del paciente.
Resultados obtenidos.
Entre los resultado obtenidos, el principal es, un mayor aumento en la seguridad del paciente. Una mayor seguridad clínica en cuanto a la disminución de errores de medicación, validación prescripción electrónica, procedimientos para dispensación de medicación de alto riesgo, haciendo uso de los indicadores para tal medicación, mayor control sobre los medicamentos, etc.
Lecciones aprendidas.
Una mayor concienciación sobre la seguridad de los pacientes con respecto al uso correcto de medicamentos en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Un aumento considerable de satisfacción del personal sanitario en el uso del dispensador de medicación.

C-698

PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE MAYOR DE 70 TRAS EL PROCESO DE SU HOSPITALIZACION

MARINA GÓMEZ ARCAS; ENRIQUE TEROL FERNÁNDEZ; ANTONIO J NUÑEZ MUÑOZ; Mº CARMEN MARTÍNEZ PASCUAL; CARMEN LARA GARCÍA Y MIGUEL BEJAR LOPRZ.
ÁREA SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR

Palabras Clave: Calidad de vida, Hospitalizacion, Depresión

RESUMEN

Contexto de partida.
En dos hospitales Comarcales de III nivel, Velez Málaga y Antquera, y las dos zonas básicas de referencia, Zona Norte Antequera y Axarquia. Enfermeros de la unidedes de hospitalización de medicina interna y enfermeros de los equipos de EBAP de las zonas básicas.
Descripción del problema/necesidades.
el proceso de hospitalzación es un factor muy estresante para la problema/ poblacion en general y para la mayor de 70 años es una necesidades acontecimiento asociado genalmente a un deterioro de su estado general, viviendolo como el inicio de un declibe. Queriamos valorar si el proceso de hospitalizacion afectaba a la percepcion de la calidad de vida de los pacientes mayores de 70 años donde se aprecia un elevado numero de depresiones no diagnosticadas segun informes de la Semfyc. se valora la calidad de vida con la escala EUROQOOL-5D
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se seleccionaron los pacientes por orden de ingreso en la unidad, con los criterios de: ser igual o mayor de 70 años, no tener alteración cognitiva, medida con el pfeiffer y ser independiente para las actividades de la vida diaria medidas con el barthel y el lawton y Brody. se recogieron variables demograficas, nivel cultural, sexo, con quien residian... durante seis meses se han recogido 60 pacientes y se le ha hecho una valoracion al ingreso y a los tres meses del alta. este estudio se emmarca dentro de un estudio mayor, donde se analizan las consecuencias de la hospitalización.
Resultados obtenidos.
Se analizaron las diferencias existentes en los valores al inicio y a los 3 meses para el caso de variables continuas se aplicará la prueba T de Student para muestras pareadas en el caso de que se pueda aceptar la condición de normalidad de las variables, lo cual se comprobará mediante el test de Shapiro-Wilk.. En el caso de que se obtengan resultados estadísticamente significativos se calcularán los intervalos de confianza al 95% de la diferencia. Muestra 60% hombres y 40% mujeres. El 16,6% de los pacientes perciben un peor nivel de calidad de vida, y un 40% de los pacientes aumentan la percepción de tristeza o depresión tras su hospitalización. Un 16,66% % de los pacientes estudiados presentan un incremento en el grado de dependencia. Siendo un 3,3% del total el que sufre un deterioro hacia una dependencia total.
Lecciones aprendidas.
Un proceso de hospitalización en esta población supone un cambio en la percepción de su estado vital, afloran los sentimientos de perdida, así como el riesgo de síndromes depresivos, es importante que los profesionales sanitarios sepamos identificar estos indicadores para poder intervenir en los primeros momentos de la hospitalización

C-699

LOS DEFECTOS DE COMUNICACIÓN Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.

RAMOS D'ANGELO, F.; JIMÉNEZ SÁENZ, J.; JIMÉNEZ MELÉNDEZ, M.J.; RUIZ MARTORELL, A.; SANTABÁRBARA SERRANO, J. Y PARDO DIEZ, M.J..
HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Palabras Clave: Seguridad, Transferencia, Comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.
El Sector Zaragoza I dispone de dos hospitales de agudos, un centro de especialidades y 12 centros de salud de atención primaria. El Sector atiende una población cercANA a los 200.000 usuarios con tarjeta sanitaria.
En el proyecto, que cuenta con financiación de los fondos de Cohesión Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, participa personal facultativo de dos centros de salud (Arrabal y Zalfonada), de los Servicios de Medicina Interna de los dos hospitales del Sector (Royo Villanova y R. Ntra. Sra. de Gracia) y del Servicio de Urgencias y la enfermera de valoración del H. Royo Villanova.
Descripción del problema/necesidades.
En los estudios sobre efectos adversos realizados en España (APEAS y ENEAS) un porcentaje de éstos se habían producido o manifestado su inicio en otro nivel de atención. Interesaba conocer si la información facilitada por los profesionales en la transferencia de pacientes entre niveles asistenciales podría ser causa de Efectos Adversos e incidentes (EAs) en los pacientes. Se pudieron identificar posibles causas de EAs o incidentes por información insuficiente o errónea. El trabajo se ha basado en el análisis de los documentos habitualmente usados en la transferencia de pacientes de uno a otro nivel asistencial.
De especial interés resultó el estudio de la documentación aportada por el personal de los centros residenciales de diferente dependencia patrimonial al remitir pacientes al Servicio de Urgencias.
Se cuantificaron los EAs e incidentes detectados y los posiblemente evitados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseñaron dos encuestas. De Centros de Salud y Residencias a Servicios de Urgencia Hospitalaria y del mismo origen a la consulta externa de especializada. Participaron médicos de Urgencias y de Medicina Interna.
La recogida de datos se inició el 01 de noviembre de 2008, realizándose un primer corte el 31 de mayo de 2009 para el análisis descriptivo de la información recogida.
Resultados obtenidos.
1. El análisis sistemático del contenido de la documentación aportada por el facultativo responsable permite identificar posibles EAs o incidentes y evitarlos o minimizar sus efectos.
2. Los usuarios de centros de atención residencial son un colectivo de especial riesgo.
Lecciones aprendidas.
1. Existe un amplio recorrido de mejora en la información que se transmite entre profesionales. 2. Es necesario normalizar los contenidos de los documentos utilizados.
3. Resulta aconsejable establecer sistemas de comunicación directa y fluida entre los distintos niveles.
CON LAS ACCIONES MÁS COTIDIANAS PODEMOS MEJORAR LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES.

C-700

PROTOCOLO DE ENVÍO DE H C A CENTROS CONCERTADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ENVIADOS POR EL H U VIRGEN ARRIXACA

PAY LÓPEZ, J.; PICAZO CÓRDOBA, R.; LÓPEZ RADEL, M.D.; FUENTES GARCÍA, M.C.; ALCARAZ QUIÑONERO, M. Y ARANDA , J.J..
HOSPITAL U. VÍRGEN DE LA ARRIXACA

Palabras Clave: Confidencialidad, Conciertos Sanitarios.

RESUMEN

Contexto de partida.

H.U.VIRGEN DE LA ARRIXACA. ARCHIVO HHCC CODIFICACIÓN Y ARCHIVO HH.CC.

Descripción del problema/necesidades.

El aumento de la actividad en los hospitales públicos obliga a efectuar problema/ conciertos entre el S. M. de Salud y otros Centros Sanitarios para la necesidades atención de sus pacientes.Para ello, el SADOC, propone a la Comisión de HH.CC. un protocolo de actuación que contemple lo establecido en la legislación vigente,para su estudio y envío a la Dirección para que dicte las medidas oportunas para poder llevarlo a cabo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1Análisis de la legislación aplicable:Ley 41/2002,de 14 de n. básica reguladora de la autonomía del paciente,Ley 15/99 de 13 de d.de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 3/2009,de 11 de m.de Derechos y Deberes de los Usuarios del S.S. de la Región de Murcia 2Recabar la autorización de la Dirección para la salida de la HC original,o copia de del Ep. de la especialidad 3Confección del Protocolo de solicitud de HC por el C.concertado 4Confección del D.de Confidencialidad 5Obtención del D.de designación de la persona autorizada 6Protocolo de Reclamación de HC

Resultados obtenidos.

-Se obtuvo de la Gerencia del H. la autorización para realizar el préstamos de las HHCC (o la copia) a los C. concertados -Puesta en marcha del protocolo en octubre de 2004:El listado de peticiones emitido por el hospital correspondiente,firmado por la persona autorizada por la institución,pactada con nuestra Dirección y encargada del proceso de transporte.En la solicitud constará el nombre del médico que precisa la HC -Condiciones del préstamo-El Archivo remitirá,según el H solicitante,la HC original completa o copia del Ep. a tratar -Transporte HC-El contenedor tendrá cerradura de seguridad.si el transporte es por persona con cargo al hospital receptor,se le pedirá a la Dirección del C: a)Designar las personas autorizadas b)Certificación de la relación laboral de las personas encargadas del transporte con el H.de referencia c)Documento de Confidencialidad: Firmado por la persona designada por el H.solicitante y aportando DNI. -Devolución H.C-El C.concertado devolverá a nuestro Archivo la HC en un plazo de 3 días desde el fin de la atención al paciente adjuntando el
I. de Alta -La puesta en marcha del protocolo fue en octubre de 2004.Se han remitido 12.511 HC completas,6.710 Ep. originales y 2.016 copias de Ep. En el caso de las HC, el porcentaje de devoluciones fijado en el protocolo ha sido de un 98% y en el de los Ep. originales del 100%

Lecciones aprendidas.

Pertinencia del programa.eficacia.a la espera de la integración de la información por medios informáticos

C-701

DESCRIPCION DE INCIDENCIAS DE SEGURIDAD RECOGIDAS DURANTE UN AÑO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL TERCIARIO

DAVID LOPEZ GARCÍA ; JESUS AVILES AMAT; ENRIQUE ORTIZ VILLACIAN; JONE LARRAÑAGA Y PABLO BUSCA OSTOLAZA.
HOSPITAL DONOSTIA

Palabras Clave: Incidencias seguridad.

RESUMEN

Contexto de partida.

Incidencias de seguridad recogidas a traves de 3 tipos de registros de formato informatico por parte del personal de urgencias :medicos , enfermeras, auxiliares y celadores del servicio de urgencias hospital donostia durante el año 2008

Descripción del problema/necesidades.

Describir y organizar las incidencias de seguridad clinica recogidas durante el periodo enero 2008-diciembre 2008 en el servicio de urgencias del Donostia de San Sebastian y describir los efectos adversos consecuentes de dichas incidencias según su categoria. Describir planes de trabajo generales derivados de dichas incidencias.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se recogieron incidencias de seguridad clinica a traves de los tres sistemas de recogida establecidos en nuestro servicio de urgencias en soporte informatico: parte de seguridad, parte de guardia y pagina web de servicio de manera anonima o nominal durante el año 2008. Se analizaron y se establecieron planes de mejora dentro del grupo de seguridad clinica del servicio.

Resultados obtenidos.

Durante el periodo descrito de recogieron un total de 82 incidencias de seguridad (IS) . Se detectaron 19 IS de almacenamiento de medicacion, 10 IS en identificación de paciente, 6 IS en error de suministro , 6 IS por medicamentos caducados, 4 IS en identificación de RX, 4 IS por almacenamiento en mal estado. Ademas se detectaron IS por problemas con pacientes alergicos a medicacion(2) , caida en el servicio (1), fallos en material (2) ,errores en administración e identificación de hemoderivados (3) , falta de sistemas de alarma en servicio de RX (1) , informes duplicados de RX (2) , administración inadecuada por parte de DUE(2) y otros de menor relevancia clinica. Dichos IS generaron 70 incidentes sin daño(clase A 44, clase B 11 , clase C 5) y 12 incidentes con daño (clase D 6, clase E 4 y clase F 2) cabiendo destacar en los F una fractura de cadera por caida y una reaccion alergica severa por administración de medicacion a paciente alergico conocido.

Lecciones aprendidas.

Somos conscientes que esta descripción de datos sea probablemente incompleta y que se den un mayor numero de incidencias de seguridad dentro de nuestro servicio pero nos concienciа en el problema que supone la seguridad clinica e implica a todos los estamentos que trabajan dentro del proceso asistencial del paciente en este ambito. La sensibilizacion en seguridad clinica tiene que ser una prioridad en nuestros servicios de urgencia . Hay que promover , y estandarizar los sistemas de recogida de incidencias de seguridad para su analisis y instaurar asi sistemas de barrera dentro de nuestros servicios .

C-702

RESTRICCIÓN DE HEMODERIVADOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

MONTEAGUDO, V.,; CAPA, E.; LARRAZ, E.; MOZO, N.; ROMERO, C Y CASANUEVA,J. H.U.
MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER

Palabras Clave: Hemoderivados, Efectos Secundarios, Trasplante Hepático.

RESUMEN

Contexto de partida.
En el ärea quirúrgica del hospital. Anestesiología. Anestesiólogos. Cirujanos Generales. Enfermería

Descripción del problema/necesidades.
Fundamentalmente sobre los efectos deletereos que los hemoderivados tienen sobre los pacientes trasplantados y sobre la escasez de hemoderivados. Se les administró menos hemoderivados y por lo tanto se les expuso a menos riesgos. Los hemoderivados presentan tres problemas importantes son peligrosos (producen reacciónes anafilácticas y trasmiten enfermedades), generan inmunomodulación y son escasos. Se comparan 34 pacientes en los que se realizó un homoinjerto hepático entrelos años 2005-2007, con 34 pacientes a los que se trasplantó anteriormente

Desarrollo y soluciones aportadas.
34 pacientes trasplantados de hígado entre los años 2005-2007 se comparan con 34 pacientes trasplantados previamente. Nos interesaba fundamentalmente atenuar el efecto inmunomodulador de los hemoderivados en el paciente trasplantado

Resultados obtenidos.
Valoramos la patología del paciente al que se trasplanta, sus valores de Htco/Hb, pruebas de coagulación antes de la cirugía, al final de la misma, a las 24 y 48h, sangrago quirúrgico y postquirúrgico inmediato, utilización de ARI, uso de acido tranexánico versus aprotinina. Los datos nos sugieren que hemos reducido un 20% las necesidades de hemoderivados, lo que implica menor exposición de los pacientes a los problemas que el uso de hemoderivados genera. El primer dato dconcluyente es el ahorro de hemoderivados, los efectos sobre la inmunomodulación todavía es pronto para valorarlos.

Lecciones aprendidas.
Se pueden mejorar la economía de los hemoderivados con vetajas no sólo para el paciente sino con el ahorro de gastos. Se contribuye a paliar el problema de la escasez de hemoderivados. Se evita el efecto inmunomodulador que los hemoderivados tienen sobre los pacientes y que es de especial relevancia en el paciente inmunodeprimido. La cirugía segura salva vidas y el ahorro de hemoderivados contribuye a ello

C-703

COMPARAR SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS FRENTE AL CEPILLADO CON JABONES ANTISÉPTICOS PARA EL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

PALOMA PÉREZ-SERRANO LIAÑO; ALFONSO CAÑETE DÍAZ.; NIEVES FRESNEÑA LÓPEZ; ESTEBAN AZNAR CANO; CRISTINA GARCÍA FERNANDEZ Y Mª EUGENIA PINAR GARCÍA.
HOSPITAL DEL HENARES

Palabras Clave: Lavado quirúrgico, soluciones hidroalcohólicas, infección nosocomial

RESUMEN

Contexto de partida.
La infección nosocomial es un problema comun en las Instituciones Sanitarias. Se considera un efecto adverso importante por las repercusiones que tiene, tanto sobre el paciente como en el sistema sanitario. Un adecuado lavado de manos quirúrgico es clave para reducir la infección en el sitio quirúrgico. La técnica tradicional de lavado quirúrgico de manos con jabones antisépticos y cepillado se considera eficaz pero,presenta algunos inconvenientes.

Descripción del problema/necesidades.
El lavado de manos quirúrgico tradicional presenta dos problemas importantes como son el tiempo necesario para su correcta realización (3 a 5 min.) y la irritación y sequedad de la piel que producen estos jabones. La repetición del lavado quirúrgico y debido a la irritación, hace que algunos profesionales sientan un inevitable rechazo a la realización correcta del lavado quirúrgico de manos, elemento clave para disminuir la infección en el sitio quirúrgico. Este trabajo pretende comparar la eficacia y eficiencia del método de lavado de manos con sol.hidroalcoholicas en relación al método tradicional y la satisfacción de los profesionales con el nuevo sistema de lavado quirúrgico.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Para valorar la eficacia de los dos métodos de lavado quirúrgico de manos se realizó un estudio prospectivo experimental. Se seleccionó al azar un grupo de 30 profesionales del quirófano del Hospital a los que se indicó que se lavaran mediante técnica tradicional con jab. antisépticos. Se tomaron tres muestras de cultivo en placas Agar antes del lavado, después y al finalizar la intervención. Este mismo estudio se repitió después sobre los mismos profesionales, indicándoles que realizaran el lavado quirúrgico con la nueva técnica aplicando sol hidroalcoholicas. El estudio estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 (pruebas de Chi 2 para la comparación de variables).

Resultados obtenidos.
Los resultados muestran que la utilización de sol.alcoholicas para el lavado quirúrgico de manos es tan eficaz, al menos, como los jab. antisépticos. La satisfacción de los profesionales es mayor con las sol alcohólicas vs. Jab. antisépticos pues requiere menor tiempo de frotación y no produce irritación de la piel. El coste del lavado quirúrgico con sol. Alcohólicas es menor que el tradicional un 15%.

Lecciones aprendidas.
Con la utilización de sol hidroalcoholicas para el lavado quirúrgico de manos se consiguen los mismos niveles de asepsia que con el cepillado con jab. antisépticos; mejorando, el cuidado de la piel y la satisfacción de los profesionales, así como la reducción de costes.

C-704

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA DE ARAGÓN

GIMENEZ JULVE, T; GUTIÉRREZ CÍA, I; OBÓN AZUARA, B; MARECA DOÑATE, R Y AIBAR REMÓN, C.
H. CLÍNICO UNIVERSITARIO

Palabras Clave: Seguridad, Medicina Intensiva

RESUMEN

Contexto de partida.

En 2009 comenzó el desarrollo del proyecto "Bacteriemia Zero" (BZ) que tiene como objetivos reducir la media estatal de la densidad de incidencia de la bacteriemia relacionada con catéter y mejorar la cultura de seguridad en los servicios de Medicina Intensiva (SMI). El grupo coordinador del proyecto en la CCAA de Aragón (GCA), compuesto por profesionales de SMI y Medicina Preventiva (SMP) ha puesto en marcha un programa de formación en seguridad del paciente crítico.

Descripción del problema/necesidades.

Como se refleja en las encuestas realizadas, al inicio del proyecto BZ la cultura de seguridad en los SMI es insuficiente y los profesionales desconocen las herramientas básicas para la identificación de áreas de mejora (AM) en el campo de la seguridad. El proyecto tiene como objetivo principal impartir formación básica en seguridad del paciente y como secundario, la detección de AM mediante el trabajo con grupos focales (GF).

Desarrollo y soluciones aportadas.

El GCA del proyecto BZ desarrolló un programa formativo destinado a médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería de los SMI y SMP. En la fase inicial se convocó a los líderes del proyecto y a los profesionales implicados en otros proyectos de mejora de cada hospital. Estos, convocaron a su vez al resto de los profesionales. En la segunda fase se impartió el programa de formación en cada SMI participante (2 cursos para cada SMI y 30 participantes/curso). Se formaron GF que identificaron AM.

Resultados obtenidos.

En la fase inicial se formó al 88.8% de los líderes del proyecto y a otros 14 profesionales. En los cursos impartidos en cada SMI participaron el total de los inscritos. En el momento actual se ha formado a 60 profesionales/SMI. Desde los SMI se solicitó la ampliación de la formación al 100% del personal. Se ha creado una necesidad de formación en seguridad del paciente. Se han formado 23 GF que han identificado las siguientes AM: identificación del paciente, comunicación oral entre profesionales de diferentes estamentos, comunicación escrita (uso de "check list"), informatización y uso seguro del medicamento entre otras.

Lecciones aprendidas.

Los profesionales de los SMI y los SP participaron activamente tanto en la formación como en los GF. Una vez creada la necesidad, es necesario ampliar la formación y hacerla extensiva y continuada para el 100% de la plantilla de SMI y SP. Se detectaron múltiples AM, pero se precisa dar continuidad al trabajo de los GF para implementar acciones de mejora.

C-705

IMPACTO DE LA INTEGRACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS FRENTE A LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

CANTERO GONZÁLEZ D; GARCÍA URBANEJA M. Y COMISIÓN INOZ.
ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA. SUBD. CALIDAD

Palabras Clave: Infección, Buenas prácticas, herramientas

RESUMEN

Contexto de partida.

Para la reducción de la incidencia de las infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS), en el año 1999 se diseña el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN) como un compendio de requisitos necesarios para minimizar la aparición de la infección nosocomial. Se realizaron dos evaluaciones externas del PVPCIN por la Comisión INOZ, en 2000 y 2004. En el 2008 se reorienta el proceso hacia la Autoevaluación del plan en cada centro, como proceso de mejora continúa.

El objetivo de este trabajo es medir la correlación entre la puntuación obtenida en la Autoevaluacion PVPCIN de los hospitales y las tasas de infección hospitalarias medidas.

Descripción del problema/necesidades.

Desde el inicio se planteó contar con herramientas destinadas a disminuir el impacto de la IAAS, buscando establecer la correlación directa entre las medidas tomadas y el impacto del resultado en el paciente. En el caso de la infección, la literatura ofrece múltitud de intervenciones con éxito para reducir las IAAS. Sin embargo, dadas las características de este tipo de sucesos adversos, es probable que el impacto real en la disminución de la infección, únicamente venga dado cuando dichas medidas se realicen de manera integrada, en el contexto de planes específicos

Desarrollo y soluciones aportadas.

La vigilancia de las IAAS se realiza a través de estudios de prevalencia EPINE e incidencia (Estudio Inoz) en procesos quirúrgicos específicos.

La Autoevaluación PVPCIN esta compuesta por 36 criterios divididos en seis areas (Enfoque y Estructura del Plan, Bioseguridad Ambiental, Proceso Asistencial, Limpieza, Desinfección y esterilización e Infección Cruzada.

Se utilizó el método de correlación de Pearson.

Resultados obtenidos.

Se observa una correlación negativa (a mayor puntuación en la autoevaluación menor tasa de incidencia de infección), en 2007 al 2008 en la relación entre la autoevaluacion PVPCIN y los resultados de infección de procesos quirúrgicos (estudio de incidencia). El sesgo que supone la limitación de información en relación a las tasas de infección limita la extracción de conclusiones

Lecciones aprendidas.

A pesar de que la correlación existe, la información que nos aportan nuestros sistemas de información en relación a la infección es muy limitada. Sin embargo, estos resultados preliminares relacionan por primera vez el impacto de las medidas que se toman en relación a la disminución de la infección. Nuestra prioridad ahora debe ser fortalecer dichos sistemas para contrastar después esa información con la herramienta que hemos creado y medir el impacto de la misma de manera global.

C-706

ANÁLISIS DEL INDICADOR DE CAIDAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA Y PLAN DE MEJORA

CONSUELO ALBINO HERNÁNDEZ; RAFAEL GÓMEZ SOLÍS; ROSARIO MARQUEZ MARMOL; CATALINA GARCÍA ASUERO Y DOLORES MERCHAN UGALDE. UCA
HOSPITAL EL TOMILLAR.AREA H. DE VALME (SEVILLA)

Palabras Clave: Anciano, Hospitalizacion, Accidentes por caida, Factores de riesgo, Mejora.

RESUMEN

Contexto de partida.
Llevado a cabo en la Unidad de Gestión Clínica de Continuidad Asistencial del Hospital 'El Tomillar' perteneciente al Área Hospitalaria de Valme del Servicio Andaluz de Salud (Sevilla). Ésta se trata de una Unidad Acreditada en nivel avanzado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Efectuado por profesionales de Enfermería responsables del indicador de calidad de caídas.
Descripción del problema/necesidades.
El trabajo protocolizado y continuado en el registro y análisis de las caídas en años sucesivos (años 2006-2008) nos ha permitido identificar dos problemas específicos: por un lado, la fragilidad de los pacientes de la Unidad (pluripatológicos, de demencias y de cuidados paliativos) que los hacen especialmente proclives a sufrir lesiones; y por otro, el hecho de que al tratarse de un suceso excepcional y esporádico hace necesaria una sensibilización, tanto del profesional como del cuidador.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Partiendo de la premisa de que cada caída es relevante y de que cada uno de los cuidadores profesionales y familiares es esencial para evitarla, diseñamos un plan de mejora incluido, a su vez, en el Plan de Calidad del centro. Dicho plan se desarrolla en dos direcciones: a través del trabajo con cuidadores, en los 'talleres' y en el 'pie de cama', y por medio del trabajo con los profesionales lo cual permite interiorizar, aportar y mejorar habitos, en forma de 'minitalleres' de breve duración, en turno de trabajo y por equipos (celador y personal de enfermería). Todo ello se canaliza por un grupo 'observatorio' que hace el seguimiento y estimula el trabajo de reflexión de los equipos.
Resultados obtenidos.
A partir de la monitorización del indicador de caídas obtenemos el perfil del paciente que la padece y el desarrollo del plan de mejora nos permite incorporar nuevas propuestas.
Lecciones aprendidas.
A la vista del resultado del plan de mejora y teniendo en cuenta la constante incorporación de nuevos profesionales a nuestra unidad, nos parece conveniente la incorporación de los minitalleres como actividad periódica.

C-707

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS Y PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

CARBALLIDO FERNÁNDEZ, M*; GARCÍA PALACIOS, MV; LÓPEZ FERNÁNDEZ, FJ; JIMÉNEZ PÉREZ,I; SENABRE GARCÍA, VM Y MÁRQUEZ CRUZ, MD.
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Palabras Clave: Higiene de manos, seguridad del paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Universitario Puerta del Mar, según recomendaciones del Plan de Calidad del SNS y SAS sobre actuaciones en seguridad clínica y reducción de la infección hospitalaria, conformó un grupo de mejora multidisciplinar coordinado por M. Preventiva perteneciente al procedimiento de Seguridad del Paciente para elaborar un Programa completo de Higiene de Manos (HM) a desarrollar durante el año 2009.
Descripción del problema/necesidades.
El Programa surge con el objetivo de mejorar la HM ante necesidad formativa medida mediante test de conocimientos y de observación directa de adherencia mejorable a esta práctica y en conocimiento de técnica, indicaciones y ventajas del uso de hidroalcoholes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El grupo multidisciplinar se reunió periódicamente para la elaboración del procedimiento que contemplaba: 1.Responsabilidades hospitalarias a nivel directivo, cargos intermedios y profesionales en difusión y promoción de HM; 2. Canales de difusión; 3. Indicadores de evaluación; 4.Talleres formativos y 5. Cronograma 2009 de evaluación por servicios/unidades El documento se difundió a cargos intermedios y profesionales con información sobre los indicadores de evaluación trimestral: De estructura (disponibilidad de hidroalcoholes/guantes), proceso (cumplimiento de recomendación de HM) y resultado (reducción significativa de infección nosocomial y microorganismos multirresistentes).
Resultados obtenidos.
La formación consistió en dos fases sobre HM y seguridad del paciente acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía con 2,27 créditos. La primera fase de 36 sesiones, consiguió una transferencia de conocimientos pre-postaller sobre concepto, transmisión de infecciones nosocomiales, indicaciones de HM, productos y técnica con un cambio favorable significativo (p=0,000), superando la prueba más del 80% de cada colectivo. Actualmente nos encontramos en la segunda fase formativa. Esta actividad se complementó con la evaluación estructural de unidades, introduciendo un nuevo producto pilotado y designación de puntos de implantación.
Lecciones aprendidas.
La elaboración del procedimiento con enfoque y participación multidisciplinar, y apoyo directivo ha ayudado a superar barreras de accesibilidad, implicación e infravaloración de la HM en ciertos colectivos. La formación obtuvo un índice de satisfacción elevado, difundiéndose como exitosa. La evaluación y monitorización de indicadores permitirá detectar deficiencias individualizadas por servicio y el impacto final del programa en la infección nosocomial de nuestro centro.

C-708

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES REMITIDOS AL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

BLANCO GONZÁLEZ, M. Y RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, S..
HOSPITAL NICOLÁS PEÑA (CHUVI)

Palabras Clave: BLAROD

RESUMEN

Contexto de partida.

- Realizado en el H.Nicolás Peña(CHUVI)
- Departamentos:3 plantas de M.I, y Servicio de Radiología del mismo Hospital.
- Implicados: T.E.R (informados en 1ª fase), Celadores (informados en 2ª fase),y D.U.Es.

Descripción del problema/necesidades.

- Actuación frente a posibles errores en realización de pruebas radiológicas relacionadas con identificación incorrecta por déficit de identificación o por identificación errónea.
- Comprobación de pulsera identificativa independientemente del nivel cognitivo del paciente. Si no era así llamada a Supervisora de planta preguntando motivo.
- Por en ta por parra o.

ta Hora de Rrvi- CuRerRta

C-710

MAPA DE RIESGOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

BAENA CASTILLO ,MD; MOLINA MARTÍNEZ,S Y CHANQUET,Y.
HAR PUENTE GENIL

Palabras Clave: Riesgo asistencial, Gestión de riesgo, Mapa de riesgos, Seguridad, Paciente,AMFE.

RESUMEN

Contexto de partida.

El Hospital de Alta Resolución de Puente Genil (Córdoba) pertenece a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (EPHAG),de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Un hospital público que atiende a una población de 43.400 hab. En su cartera de servicios se incluyen intervenciones quirúrgicas de distintas especialidades en su modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria(CMA) y Cirugía Menor Ambulatoria(CmA).Dentro de la Estrategia para seguridad del Paciente iniciada por la Dirección de la EPHAG,decidimos realizar el estudio de los riesgos existentes en el área quirúrgica,para ello constituimos un equipo de enfermeros, auxiliares,celadores,cirujanos,anestesistas,supervisores de área y coordinador de enfermería

Descripción del problema/necesidades.

Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el que una organización proporciona atención y cuidados seguros,que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos.Igualmente,implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes,aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de ocurrencia.La relativa frecuencia con que se producen dichos efectos y sus consecuencias adversas,durante o a causa de la asistencia sanitaria han provocado la puesta en marcha de diversas líneas de acción

Desarrollo y soluciones aportadas.

Realizamos una serie de reuniones entre los profesionales que actuan con el paciente,en las que se explica que se pretende con este trabajo.Iniciamos una recogida de datos donde cada uno intentó reflejar,según su experiencia o conocimientos,los posibles efectos adversos que se podían producir con la atención,seguida de un brainstorming lo que nos permitió la realización de una tabla de análisis de riesgo quirúrgico donde agrupamos los riesgos en base a medicación,equipos y material es,paciente,profesionales,...Dicha tabla fue cumplimentada por nuestro equipo,a través de la cual medimos la probabilidad de aparición del fallo(IGA),gravedad del efecto(IG),probabilidad de detección del fallo(ID)

Resultados obtenidos.

El resultado fue el mapa de riesgos del paciente quirúrgico,donde nos aparece como prioritarios por su mayor índice de probabilidad de riesgo(IPR):infección quirúrgica (sobre la que realizamos un AMFE y realizamos un plan de acción)y flujo de información profesional-paciente

Lecciones aprendidas.

Ha sido enriquecedor trabajar con distintos profesionales,cada uno hemos aportado nuestra experiencia,lo que nos ha hecho reflexionar y darnos cuenta que existen una serie de riesgos para el paciente que a veces pasamos desapercibidas

C-711

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EXTRANJEROS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

DÁVILA-FAJARDO, CL; DÁVILA-FAJARDO, R; RODRÍGUEZ-LUCAS, F; GONZÁLEZ DE SELGAS, JM Y CABEZA BARRERA, J.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras Clave: Medicamentos extranjeros, Dispensación

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo lo realizaron 2 farmacéuticos de la unidad de pacientes externos de la Farmacia de un hospital de especialidades. Población diana:pacientes que solicitaron medicamentos extranjeros (ME)

Descripción del problema/necesidades.

En algunas situaciones clínicas, el nº de medicamentos comercializados en España es escaso y se produce un vacío terapéutico. Es posible que exista una opción terapéutica autorizada en otro país. El seguimiento del tratamiento farmacológico debe ser riguroso por el farmacéutico que dispensa el medicamento. Nos propusimos evaluar el uso de ME en nuestro Sº de Farmacia: necesidad y posibles alternativas terapéuticas con medicamentos registrados en España (ATE) y diseñar hojas informativas de los ME para el paciente

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se evaluaron los ME solicitados y dispensados por farmacia entre Enero 2006 y Diciembre 2008. Se recurrió al programa de gestión de pacientes externos (Farmatools). Se revisó la historia clínica, diagnóstico, tratamientos previos, tratamiento con ME propuesto y si se habían intentado todas las (ATE) para cada uno de las patologías. Se realizaron hojas informativas para cada ME en un lenguaje sencillo y comprensible

Resultados obtenidos.

De los 28 ME solicitados al Ministerio: 4 fueron antídotos: cianokit, antidoto talio, fisostigmina y pralidoxima, 7 citostáticos: asparraginasa, azacitidina, carmustina, diazóxido, lapatinib, lamustina, actinomicina D, 6 antiparasitarios: frente a malaria, enfermedad de Chagas y filariasis, para el tratamiento del feocromocitoma: fenoxibenzamina, fentolamina, y otros: inhibidor del C1, canreonato, dantroleno iv, gamma-globulina antivaricela, factor-VII sin activar, dexametasona 0.1% colirio sin conservantes, liotironina, propiltiouracilo, epoetina delta. Todos los ME se ajustaron a la indicación dada, sin embargo, 1 solicitud (epoetina delta) fue denegada por existir ATE. Se elaboraron 27 modelos de hojas informativas. Los prospectos estaban escritos en un único idioma y solamente 2 incluían información en español. 2 medicamentos no contenían prospecto: mepacrine, primacrine

Lecciones aprendidas.

Faltan ATEpara el tratamiento de ciertas patologías: hiperparatiroidismo en gestante, hipotiroidismo sin respuesta a T4, diurético ahorrador de potasio (iv), crisis aguda en angioedema hereditario. Hay que prestar especial atención al informar al paciente ya que los prospectos vienen en otros idiomas o no acompañan al ME. Se necesita mayor implicación clínica entre el farmacéutico y el médico para consensuar el mejor tratamiento teniendo en cuenta las ATE

C-712

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS (PCE) POR PERFIL DE PACIENTE: PROYECTO MULTICÉNTRICO DE CAPIO SANIDAD.

BORRÁS LÓPEZ, A.; TRILLO CIVANTOS, C. ; COMES GÓRRIZ, N. ; ROMERO MARÍ, E.; GALLART FERNÁNDEZ, A. Y DOMINGUEZ APARICIO, L..
HOSPITAL INFANTA ELENA - VALDEMORO

Palabras Clave: Diagnóstico de enfermería; Clasificación

RESUMEN

Contexto de partida.

Capio Sanidad gestiona 22 centros, 5000 profesionales y 1500 camas. Los Centros de Atención Especializada son heterogéneos. Les diferencia tipo de Servicio (público, privado, concertado), características sociodemográficas, perfiles de competencia profesional, % de rotación de plantilla. Las direcciones de Enfermería impulsan varias líneas comunes de trabajo; entre ellas la Historia Clínica Electrónica (HCE). Como brazo ejecutivo: un Grupo de enfermeros expertos en Metodología para liderar esta Guía de cuidado de pacientes, responder a las necesidades de los profesionales y asegurar una base científica.

Descripción del problema/necesidades.

PROBLEMA: Variabilidad en la atención prestada a los pacientes, en los problema/ registros de enfermería y en los PCE. PREMISAS: crear una nueva necesidades herramienta útil, rápida e intuitiva que agrupe en torno a un Perfil (neurológico, respiratorio...) a todos los pacientes con requisitos de atención similares, versátil que dé respuesta a las diferentes poblaciones que atendemos; facilite la organización del trabajo y la transmisión de información; incorpore Taxonomías normalizadas; asegure la cobertura legal y garantice la Continuidad de Cuidados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1.Constitución Grupo de Expertos. Recogida de necesidades y opiniones de los Centros. Creación de foro de trabajo en la Intranet. Procedimiento y Circuito de Gestión de Documentos. 2. Trabajo en papel: Necesidades Básicas de los pacientes, Cuidados, Diagnósticos Enfermeros (DE), Perfiles, Borradores de PCE. 3.Validación en las Unidades Asistenciales. 4.PCE definitivos: paciente con patología respiratoria, cardiocirculatoria, osteo-muscular, neurológica, digestiva, renal-urológica, endocrino-metabólica, onco-hematológica, psiquiátrica, madre e hijo sano, embarazo de riesgo, pre-quirúrgico y post-quirúrgico. 5. Nuevas funcionalidades en la HCE: Valoración, Planes, Curas y UPP. Base de Datos en Pruebas y paso a modo real. 6.Difusión, Formación y entrenamiento. Implantación. 7.Evaluación.

Resultados obtenidos.

EVALUACIÓN: Revisión de Historia Clínica MUESTRA: 726 pacientes en 4 cortes transversales. RESULTADOS: Uso nueva herramienta: 60% Uso DE: 80% CONCLUSIONES: Incorporada la nueva forma de planificación de cuidados al trabajo. Se usan todos los Perfiles, en proporción al tipo de ingresos. Buena acogida de los DE, diferente en cada Centro (características de los DUEs). NECESIDADES: Afianzar formación (en DE y Perfiles) y mejoras técnicas de HCE.

Lecciones aprendidas.

CLAVES ÉXITO: consenso entre profesionales con diferentes necesidades y continua validación de documentos papel en la realidad de la enfermería asistencial.

C-713

INDICADORES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: VIABILIDAD DE OBTENCIÓN EN UN SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

RUIZ GARCÍA, A; CAMPOS ROMERO, A; MIÑARRO DEL MORAL, RM; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; MOHEDANO A Y MILLAN CASADO M.
Unidad de Calidad.
Hospital Universitario Reina Sofía

Palabras Clave: Seguridad del paciente, Indicadores.

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio realizado por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía.

Descripción del problema/necesidades.

Existen diversas propuestas de indicadores para valorar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario: AHRQ, OCDE, etc. El objetivo de este trabajo es analizar los requerimientos para el cálculo de los indicadores sobre seguridad del paciente contemplados en las distintas propuestas y determinar si es viable su obtención con los recursos habituales de un Servicio de Documentación Clínica en nuestro ámbito.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se revisan los indicadores de seguridad del paciente propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality y por la OCDE. Para cada uno de ellos, se determinan los requerimientos de información y ajuste de riesgos. Se contrastan dichos requerimientos con los recursos disponibles en un Servicio "estándar" de Documentación Clínica y se determina la viabilidad de obtención de los indicadores.

Resultados obtenidos.

C-714

ESTERILIZACIÓN POR VAPOR DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO

MALDONADO VILLEGAS, C; LÓPEZ ORENES, A.; BARROSO DUEÑAS, G.; ORERO SÁEZ DE TEJADA, F. Y ESCRIBANO LÓPEZ, A. EP HOSPÌTAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Esterilización, Vapor, Seguridad, Tiempo

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en la Central de Esterilización del Hospital de PONIENTE de El ejido (Almería), a cargo del personal de enfermería y TACE

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto surgió como consecuencia del cambio del esterilizador a baja temperatura, prescindiendo del Óxido de etileno y optando por el esterilizador actual que no presenta riesgos ni para los pacientes ni para los profesionales implicados

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto se llevó a cabo comparando los trimestres correspondientes del año actual con el anterior, en cuanto a reparaciones y gastos derivados del instrumental que se sumergia en ácido peracético debido a que no se esterilizaba en óxido de etileno por los largos períodos de aireación que se requería para su posterior uso.

Resultados obtenidos.

Se ha constatado que a lo largo del primer trimestre del año en curso se han requerido menos reparaciones de este instrumental ya que hoy, con el esterilizador de vapor de peróxido de hidrógeno, no se requiere sumergir el material en ácido peracético debido a la rapidez de los ciclos de aquél y la seguridad que conlleva su uso.

Lecciones aprendidas.

El esterlizador de vapor de peróxido de hidrógeno rentabiliza el trabajo en la central de esterilización, no supone riesgos para el personal que lo maneja, como sí los tenía el óxido de etileno, y evita sumergir en ácido peracético instrumental que antes sí se sometía a este tipo de procesamiento, con su correspondiente corrosión, cosa que hoy día no ocurre.

C-715

PLAN DE GESTIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (DAP)

A.SANS; C.FONT; M.SABRIÀ; L.MANENT; A.VILASECA Y A.VAQUERO.
Fundació Althaia de Manresa

Palabras Clave: Dolor Postoperatorio, Analgesia, Escala Visual Analógica

RESUMEN

Contexto de partida.

Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Institución sanitaria de atención pública, gestión privada y referencia de la comarca del Bages, resultante de la fusión de los dos hospitales de Manresa. El proyecto ha sido desarrollado por un equipo pluridisciplinario: médicos, farmacéuticos, enfermeras y informáticos.

Descripción del problema/necesidades.

Reestructurados los Servicios que intervienen en la atención del paciente quirúrgico resultantes de la fusión hospitalaria se constató la gran variabilidad en las pautas de analgesia y escasa evaluación del dolor agudo postoperatorio (DAP) con el consecuente desconocimiento de su padecimiento, detectado en un inicio por la diversidad de prescripción i escasa constancia de la medida del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA), ambos datos hallados como resultado de explotación de la prescripción y constantes de enfermería informatizada.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El grupo pluridisciplinario, año 2006, elaboró un plan de trabajo y cronograma: 1º Estudió de situación de partida sobre el conocimiento del dolor mediante la realización de encuestas a pacientes y profesionales médicos y enfermeras de atención postquirúrgica y análisis de los datos, 2º Elaboración de un protocolo y guías de prescripción consensuadas y con la evidencia clínica disponible, 3º Aprobación por la Dirección, en febrero 2007, del protocolo y guías del tratamiento del DAP, 4º Informatización de la prescripción con fármacos, dosis, via y intervalo según categoría del dolor, noviembre 2007, 5º Formación en atención al DAP de los distintos colectivos quirúrgicos y difusión del Protocolo y Guías informatizadas del DAP específicas para cada grupo de DAP. 6º Poner a disposición de todos los profesionales el Protocolo y Guías en la Intranet, elaborar una Guía de consulta rápida, diseñar y tener una regla institucional para la medida del dolor (EVA).

Resultados obtenidos.

En la primera auditoria clínica (2006) se constató que el 41% de 104 profesionales evaluaban el DAP mediante la EVA i de ellos el 49 % lo transcribían como constante solo si el paciente tenia dolor y el 72,2% de los pacientes al ingreso tenían información del tratamiento del DAP. En la reevaluación 2009, se ha constatado que todos los paciente tienen algún registre de EVA y que 95 % de los médicos realiza la prescripción correctamente mediante las Guías informatizadas.

Lecciones aprendidas.

En la actualidad estamos en disposición de evaluar si las guías de prescripción elaboradas son eficaces para el control del DAP. Que la información al paciente es fundamental para que pueda participar en la autogestión de su proceso.

C-716

INCIDENCIA DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

LEAL LLOPIS, J.; JIMENEZ JIMENEZ, MªJ.; MARTÍNEZ CORBALAN, JT.; ZARATE RISCAL, L.; HERNÁNDEZ FERRANDIZ, MC. Y PAREDES SIDRACH DE CARDONA, A..
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: Caidas, Seguridad Paciente, Enfermeria

RESUMEN

Contexto de partida

Hospital Morales Meseguer de Murcia. Pacientes hospitalizados.

Descripción del problema/necesidades.

Uno de los principales indicadores de calidad que tenemos en nuestros hospitales es la incidencia de caídas de los pacientes. La evaluación sistemática de este indicador debe de servir como mecanismo de control a la actividad asistencial. Por lo tanto nos planteamos el siguiente objetivo: Analizar la incidencia de caídas de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diseño: estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo. Ámbito: Unidades de hospitalización del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Periodo de estudio: Enero-Diciembre 2008. Población: Pacientes ingresado en unidades de hospitalización. Fuente de datos: Pacientes que sufren una caída durante su hospitalización. Instrumento de recogida de datos: Registro de incidencia de caídas en hospitalización. Variables: Turno de la caída, sexo, servicio clínico, estado del suelo, lugar de la caída, calzado, grado de movilidad, alteraciones de salud, caídas previas y consecuencias de la caída. Análisis estadístico: SPSS 15.0

Resultados obtenidos.

Durante el periodo de estudio se han declarado 68 caídas lo que supone una incidencia global del 0,45%. En el turno de noche se caen el 44% de los pacientes y el 59,7% son hombres. Lo servicios que mas notificación de caídas presentan son Oncohematologia (26,5%) y Psiquiatria (23,5%). El 54% se producen en la habitación y el 36% en el baño. El 24% de los pacientes que han sufrido caídas previas. El 83 % llevaba calzado inestable o iba descalzo. Respecto a las consecuencias que se produjeron, el 51,5% no produjeron ninguna alteración, el 29,4% produjo alguna contusión, el 14,7% produjo alguna herida y hubo dos caídas (2,9%) que produjeron fractura.

Lecciones aprendidas.

El análisis de la incidencia de caídas nos aporta información sobre la situación del proceso y nos identifica un área donde establecer acciones de mejora. Así mismo, debemos de seguir fomentando la notificación de eventos adversos para poder actuar de manera reactiva.

C-717

DISEÑO DE UN CICLO DE MEJORA SOBRE PREVENCIÓN DE REACCIONES TRANSFUSIONALES

MC FREIRE; A. SAURA; D. HELLÍN y V. PUJALTE.
HOSPITAL UNIV. VIRGEN ARRIXACA

Palabras Clave: Transfusión, Reacción Hemolítica, Informe Control Transfusional

RESUMEN

Contexto de partida

El trabajo se realizó en el HUVA, área de quirófanos programados de hospitalización general.Implicados, el personal médico y de enfermería que participaba en el circuito de transfusión, desde la solicitud hasta la realización de la transfusión, pasando por la identificación adecuada y todos los controles bien documentados y devueltos a Banco de Sangre.

Descripción del problema/necesidades.

Se pretendía actuar para evitar la reacción hemolítica transfusional grave, de tal severidad, que resulta inaceptable cualquier transgresión de la normativa.Dado que este efecto indeseable rara vez aparece, las consecuencias sobre los pacientes no se cuantificaron.Lo que se analizó fue la adecuada realización de los controles establecidos como filtros de seguridad para evitar dicha reacción.Se establecieron 9 criterios de calidad, identificando los eslabones de la cadena transfusional hospitalaria y se procedió a verificar su cumplimentación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Durante aproximadamente dos meses se evaluaron 60 solicitudes transfusionales, con los respectivos tubos de muestra, pulseras e informes de control transfusional, correspondientes a los enfermos que precisaron ser transfundidos en el acto quirúrgico programado y que tenían la solicitud transfusional preoperatoria. El grupo formado por una enfermera de Banco, un enfermero supervisor de planta, un facultativo de ORL y una facultativa de la dirección médica, fueron los encargados de recoger los datos y adoptar las medidas oportunas que recayeron fundamentalmente sobre médicos y enfermeros del quirófano. Tras los resultados obtenidos en la primera evaluación, se observó que los criterios más incumplidos eran los relacionados con los informes de control transfusional.Durante el mes siguiente se procedió a envío de solicitudes incompletas y notas a los servicios más afectados, sesión divulgativa y cambio a formato autocopiativo de los informes. Durante los dos meses siguientes se procedió a la reevaluación.

Resultados obtenidos.

Con las medidas adoptadas se obtuvo una mejora en el número de informes transfusionales bien documentados,que quedó en evidencia al medir el grado de cumplimiento de los criterios seleccionados correspondientes.No se resolvió el problema totalmente, pero se identificaron puntos débiles inesperados suceptibles de mejora para los que se hubiera requerido una mayor inversión de tiempo.

Lecciones aprendidas.

Importancia en la elección de criterios.Identificación de nuevas oportunidades de mejora.Necesidad de informar a los profesionales implicados.Aplicación práctica de la metodología para identificar y evaluar oportunidades de mejora.

C-718

EVALUACION DEL USO DE PULSERAS IDENTIFICATIVAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

LEAL LLOPIS, J.; ALCARAZ MARTÍNEZ, J.; PÉREZ GARCÍA, MC.; ALONSO FRIAS, MA.; CALVO BOHAJAR, M. Y PAREDES SIDRACH DE CARDONA, A..
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: Seguridad Del Paciente, Identificacion, Enfermeria

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente trabajo se ha realizado en el Hospital Morales Meseguer y los profesionales que lo han realizado han sido los responsables de calidad asistencial y supervisores de unidad
Descripción del problema/necesidades.
Dentro de las acciones para mejorar la seguridad de los pacientes se encuentra la identificación de los mismos mediante pulseras identificativas. El objetivo del presente trabajo es evaluar la presencia de brazaletes identificativos en los pacientes hospitalizados tras la implantación de un nuevo sistema.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en los pacientes ingresado en unidades de hospitalización un dia en febrero, mayo y octubre de 2008. El indicador evaluado ha sido numero de pacientes evaluados portadores de la pulsera identificativa/ pacientes evaluados. Se ha realizado un muestro de conveniencia para evaluar a los 4 primeros pacientes de cada unidad.
Resultados obtenidos.
Se han evaluado 192 pacientes, de los cuales el 86,7% de los pacientes eran portadores de pulseras identificativas. Durante las evaluaciones de febrero, mayo y octubre se obtuvieron 96,9%, 81,3% y 81,7% respectivamente. El cumplimiento por unidades de enfermería que se ha observado esta entre el 58,3% , la que menos, y el 100% en varias unidades.
El indicador ha mejorado con respecto a 2007 tras difundir el nuevo procedimiento de identificación donde la cumplimentación fue del 60%.
Lecciones aprendidas.
Se ha observado que aun habiendo mejorado respecto al año anterior se deben de seguir trabajando en la identificación correcta de los pacientes durante su ingreso en las unidades de hospitalización para mejorar la seguridad de los mismos

C-719

INDICADORES DE CALIDAD EN LA FASE PREANALITICA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS

MARTÍNEZ VAZQUEZ,A.; FERNÁNDEZ ROMERO,D.*; VERGARA CHOZAS, JM.; CORONILLA PARAZUELO, F.; DE LOS REYES CUEVASM, MC. Y ALONSO MARAÑON, L..
Hospital Puerta del Mar

Palabras Clave: Preanalitica, Monitorizacion, Indicadores, Calidad, Farmacos

RESUMEN

Contexto de partida
Hecho por facultativos, DUE y TEL del Servicio de Análisis Clínicos.
Descripción del problema/necesidades.
La fase preanalítica FP comprende procedimientos de cumplimentación, problema/ cita, recepción y preparación del paciente, obtención, identificación, necesidades trazabilidad, manipulación, conservación, transporte y aceptación o
rechazo de las muestras. En el área de Monitorización de Fármacos UMF por sus especiales características, la cumplimentación de los formatos de petición FdP y la extracción, recepción e identificación de las muestras tienen una importancia fundamental. El propósito de este estudio es establecer una serie de indicadores con objeto de valorar diferentes etapas de dicha FP, utilizando datos retrospectivos registrados durante un período concreto de tiempo.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Revisamos 143 FdP no urgentes recibidos en la UMF en una semANA elegida al azar, de los primeros cinco meses de 2009. Los datos se obtuvieron consultando los formularios de petición, incidencias y el sistema informático de laboratorio (SIL). Los indicadores definidos son: Cumplimentación correcta del FdP. Concordancia entre FdP y datos en el SIL. Concordancia entre muestras extraidas y determinaciones solicitadas. Cantidad de muestra obtenida. La definición de indicadores se valoró mediante cálculo del Índice de Concordancia entre observadores. Como standar de calidad se utilizó un índice de cumplimiento del 95% y los resultados se expresaron en % e Intervalos de Confianza al 95% (IC95%) La significación estadística se obtuvo en relación al standar de calidad fijado.
Resultados obtenidos.
El Índice de Concordancia entre observadores para la valoración de la fiabilidad de los indicadores osciló entre 90 y 100%. De las 143 solicitudes, el Indicador 1 se cumplió el 79% (IC95%): 85.6-72.3%); el indicaador 2 un 94.4% (IC95%: 98.1-90.6%) y los indicadores 3 y 4 se cumplieron ambos el 99.3% (IC95%: 100-97.9%)
Lecciones aprendidas.
El indicador 1 no alcanza la especificación de calidad fijada. Luego necesitamos establecer medidas correctoras sobre la cumplimentación del FdP. En el indicador 2, aunque el IC95% incluye el standar de calidad fijado, no descartamos la posibilidad de no cumplir las especificaciones de calidad propuestas. Para aceptar o rechazar este indicador hay que aumentar el tamaño muestral y obrar en consecuencia. Los indicadores 3 y 4 superan el estandar y no necesitan medidas correctoras, sólo vigilancia periódica. Recomendamos establecer reuniones periódicas con los solicitantes para aclarar dudas en la cumplimentación del FdP y recoger sugerencias. Repetir el estudio tras las medidas correctoras.

C-720

COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA Y MEJORA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES, 1: CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA

VALLÉS GÁLLEGO, V.; COLL CLAVERO, J.; RUFAS RIVAS, MC.; SANMARTÍN SÁNCHEZ, E.; TORRES CLEMENTE, E. Y DOMINGUEZ, SANZ, F.. Dirección de Atención Primaria

Palabras Clave: Retinopatía Diabética, Telemedicina, A Primaria, Validez

RESUMEN

Contexto de partida.

Sector Sanitario de Barbastro. 115000 habitantes. Elevada dispersión (de Pirineos al Ebro). 6000 diabéticos tipo 2, solo 1/3 tiene explorado fondo de ojo, retinopatia diabética primera causa de ceguera en España. Demora elevada en consultas de oftalmología. El proyecto Health Optimum de telemedicina y la colaboración de oftalmólogo permite en 2006 abordar el problema.

Descripción del problema/necesidades.

Prevalencia diabetes Sector Barbastro (Cartera Servicios 2008): 6.5%. (4.6%-10.2%), 5507 pacientes con DM2. En 20 años el 60% desarrollarán retinopatía diabética RD. Con exploración fondo ojo el 22-45%.

Objetivos: Mejorar la accesibilidad y captación. Incrementar número de diabéticos explorados. Encontrar retinopatía no diagnosticada previamente. Derivar a Oftalmología lesiones susceptibles de tratamiento Obtener banco de imágenes disponibles para A Primaria y Oftalmología Ofertar cribado anual.

Evaluar validez y concordancia del cribado (fase inicial).

Objetivo final: mejorar la salud de los diabéticos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Programa de cribado itinerante. Un retinógrafo digital y un técnico se desplazan a todos los Centros. Se realizan dos fotografías por ojo a cada paciente, centradas en disco óptico y en mácula. Las imágenes se envían al servidor del sector. El primer año todas las imágenes son leídas por médico de primaria y por oftalmólogo. Sesiones en todos los Centros. Se forman 1 ó 2 médicos por Centro en lectura de retinografías. Información periódica a los profesionales.

Resultados obtenidos.

Mayo 2009 Cribado: realizado en 9 Centros de Salud (de 15). Pacientes explorados: 1686 sin RD previa (47.5% de cobertura de los diabéticos tipo 2 en esos Centros) Días de cribado: 135 Pacientes/día :12.5 Retinopatía Diabética: 19% de los pacientes.´ Análisis inicial (464 primeras imágenes): Sensibilidad 0.89 Especificidad 0.95 VP+ 0.80 VP- 0.98 Índice de Kappa: 0.81, IC95 (0.74-0.88) Fuerza de la concordancia: Muy buena (escala de Landis y Koch)

Lecciones aprendidas La mejora de accesibilidad ha facilitado el aumento de cobertura de

diabéticos con fondo de ojo explorado.

La información a los profesionales mejora la captación.

El 19% de los pacientes, que no habían sido previamente diagnosticados, han sido derivados a Oftalmología por RD.

Con formación adecuada es una prueba válida y segura.

La concordancia entre la valoración de médico de AP / oftalmólogo es muy buena.

Bien valorado por pacientes y profesionales.

Con un técnico con dedicación exclusiva y mejorando el rendimiento, es posible abordar el cribado del Sector en 1 año.

C-721

ESTANDARES PARA LA SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE UCI PEDIATRICA

SÁNCHEZ MEDINA, M; BENITEZ MORERA, AM; CRUZADO GARCÍA, MD; RODRÍGUEZ ORTEGA, C; NEBOT CEJUDO, M Y FERNÁNDEZ PÉREZ, F. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Seguridad, UCI, Pediátrica, Enfermería, Checklist, Medicación

RESUMEN

Contexto de partida.

El error en el manejo de la medicación es una de las causas más frecuente de evento adverso, siendo el riesgo mayor en unidades de intensivos. Conocer los factores que inciden en los mismos ayudaría a mejorar la seguridad del paciente. El estudio se realiza en la UCI Pediátrica del Hospital Puerta del Mar de Cádiz, participando todos los enfermeros/as de la unidad

Descripción del problema/necesidades.

Desribir los factores de riesgo en el manejo de la medicación en la UCI pediátrica para crear una herramienta de prevención/ medición de la seguridad

Desarrollo y soluciones aportadas.

A través de un grupo nominal se elabora un listado de estándares según importancia e impacto en la unidad, y teniendo en cuenta la bibliografía y normativa vigentes sobre seguridad/calidad. Un grupo de profesionales de reconocida experiencia en la Unidad revisaron los borradores y priorizaron los estándares más importantes. Se elaboró un listado de verificación incluyendo los criterios y las aclaraciones y excepciones oportunas

Resultados obtenidos.

La mayoría de los profesionales refieren que su lugar de trabajo cumple las recomendaciones para el almacenaje y la conservación, y permanece limpio y ordenado. Coinciden en que el personal de enfermería está cualificado y se recicla periodicamente, pero existen recomendaciones, como la comprobacion de prescripciónes médicas, que en la mayoría de los casos no se lleva a cabo. Reconocen además no utilizar el registro de eventos adversos ni seguir el protocolo de comunicación con el observatorio para la notificación de incidentes

Lecciones aprendidas.

Es importante conocer la incidencia de errores de este tipo en la práctica diaria para desarrollar las medidas de prevencion oportunas, crear sistemas de notificación interna operativos y velar por la participacion de los profesionales implicados. La formación continua es una herramienta importante para sensibilizar a los profesionales y reducir la incidencia de errores. Establecer mapas de riesgos, y analizar los eventos que acontezcan a través del análisis fallos-efectos, evitar las prisas e interrupciones, no confiarnos por la experiencia adquirida y no descuidar las recomendaciones durante el manejo de la medicación, son medidas que reducirían el riesgo de errores. Crear esta herramienta ha servido como elemento de reflexión/evaluación. Es importante incluir todas estas conclusiones en las guías de acogidas a nuevos profesionales

C-722

EVALUACIÓN DE LOS INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

LEAL LLOPIS, J.; PAREDES SIDRACH DE CARDONA, A; JIMENEZ JIMENEZ, MJ.; PÉREZ GARCÍA, MC.; CRESPO CARRION, MJ. Y CLEMARES GARCÍA, MA..
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: Informe, Continuidad de cuidados, Enfermería.

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente trabajo se ha realizado en el hospital Morales Meseguer y fue realizado por personal de la Dirección de Enfermería y la Unidad de Calidad.

Descripción del problema/necesidades.
El informe de continuidad de cuidados (ICC) está considerado como problema/ una herramienta útil para asegurar la continuidad de cuidados entre necesidades niveles asistenciales. Es necesario analizar las indicaciones y
contenidos de dichos informes. El objetivo es analizar las indicaciones de enfermería de los informes de continuidad de cuidados.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.
Población y Medio: Se analizaron todos los ICC que recibió la Unidad de Calidad del Hospital Morales Meseguer durante el

C-724

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BENÍTEZ RUIZ L; SIERRA CAMERINO R; BENDICHO LÓPEZ M.J *; GARCÍA-OREA ÁLVAREZ M Y PEDRAZA LÓPEZ S.
H.U.PUERTA DEL MAR.CADIZ

Palabras Clave: Seguridad y Comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Una unidad asistencial de Medicina Intensiva ubicada en un hospital de referencia. Implica a profesionales sanitarios de enfermería (PE) y médicos (PM).
Descripción del problema/necesidades.
La seguridad del paciente (SP) atendido en los hospitales de nuestro sistema sanitario es un elemento clave no sólo en cuanto a la integridad del paciente sino que también constituye un resultado esencial en calidad asistencial. La SP depende en gran medida de la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios, siendo crucial la comunicación entre estos, además de ser una importante "herramienta"
de mejora de la SP. Se debe conocer el grado de cultura de seguridad en las unidades asistenciales -sobre todo en las de más riesgo-y en concreto la percepción del personal sobre la comunicación.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño: Encuesta transversal (traducción de la HSPSC de la AHRQ). Ámbito: UCI polivalente. Sujetos: PM y PE. Periodo de estudio: abril y mayo 2009.
Resultados obtenidos.
Cumplimentaron la encuesta 59 profesionales (45% del PE y 45% del PM). Todos opinaban que el grado de seguridad de la unidad era aceptable (6/10). Principales respuestas a las preguntas de: 1) ¿Cuándo notificamos algún incidente nos informan de que tipo de actuaciones se han llevado a cabo?: La mayoría (>75%) pensaban que a veces. 2) ¿Se les informa de los errores que ocurren en su UCI?: El PE y PM contestaron que a veces, 58% y 72% respectivamente. 3) ¿En su UCI se discute cómo evitar que un error vuelva a ocurrir?: El 50% del PE contestó que a veces y el 50% del PM que casi siempre. 4) ¿Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente?: El 40% del PE y el 56% del PM opinaban que a veces. 5) ¿Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad?: Muchos (>60%) opinaban que siempre o casi siempre.
6) ¿Temen preguntar sobre lo que parece que se ha hecho incorrectamente: El PE y el PM contestaron que a veces, 60 % y 43% respectivamente. 7) ¿Tenemos en nuestra UCI actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?: El 50% del PE y el 14 % del PM pensaban que sí.
Lecciones aprendidas.
Aunque la percepción global de seguridad del personal de esta unidad de alto riesgo parece aceptable, se identifican puntos débiles en cuanto a comunicación que controlados podrían ayudar a mejorar la SP.

C-725

PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE ÁREA

LEAL LLOPIS, J.; PEÑALVER HERNÁNDEZ, F; PÉREZ GARCÍA, MC.; PAREDES SIDRACH DE CARDONA, A.; MARTÍNEZ ALBALADEJO, Y. Y CALVO BOHAJAR, M..
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: Ulceras por Presión, Seguridad, Enfermeria

RESUMEN

Contexto de partida.
El presente trabajo ha sido realizado en el hospital Morales Meseguer por los miembros del grupo de trabajo de mejora de las ulceras por presión.
Descripción del problema/necesidades.
Las úlceras por presión son una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y con estancias largas. Debido a la importancia del problema los indicadores epidemiológicos son un instrumento de gran utilidad para poder medir el alcance y la evolución temporal del problema de las úlceras por presión (UPP). El objetivo del presente trabajo es evaluar la prevalencia de ulceras por presión (upp) en pacientes hospitalizados
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un estudio de prevalencia de ulceras por presión. Se realizaron evaluaciones en febrero, mayo y octubre de 2008. Las variables evaluadas son: presencia de upp, grado de la upp, lugar de producción, localización. Las mediciones fueron realizadas por los supervisores de unidad y la fuente de datos fueron las enfermeras y los pacientes. El ambito de estudio son las unidades de hospitalización y unidad de cuidados intensivos (UCI).
Resultados obtenidos.
Durante las 3 evaluaciones se evaluaron 956 obteniéndose una prevalencia global del 8,89%. En las unidades de hospitalización fue del 7,82% y en la UCI del 29,2%. El 51% de las upp era de grado I y el 38% de grado II. El 49,5% se habían producido en el hospital durante su hospitalización y la localización mas prevalente era la zona sacra con un 51%, seguido de los talones con un 29%.
Lecciones aprendidas.
Podemos concluir que aun teniendo datos dentro de los estandares de referencia, debemos de seguir mejorando la prevención de estos eventos adversos que ocurren en nuestros pacientes

C-726

COMUNICACIÓN VISUAL CENTRO/USUARIO.

FORT BARBARA, XEPI Y GARRIDO CARMONA, NOELIA.
CENTRE M.Q REUS

Palabras Clave: Televisión, Información, Usuario.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Centre M.Q Reus desde la dirección del Centro. El Centre M.Q de Reus, es un centro que realiza principalmente actividad quirúrgica de baja y media complejidad. Consta de 47 camas y realiza al año 4300 intervenciones quirúrgicas, aproximadamente, de las cuales 1700 se realizan por C.M.A. Estuvo formado por la Dirección, Secretaria de Dirección, Responsables y Profesionales consultores.

Descripción del problema/necesidades.

La información al usuario sobre la cartera de servicios y áreas del Centro era insuficiente debido principalmente a la estructura arquitectónica del mismo. Este hecho provocaba grandes colas y mucho tiempo de espera para el paciente en el servicio de información.

En el cual las preguntas eran reiterativas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se adquirieron dos pantallas informativas de 40 pulgadas. Posteriormente se reunió personal del Área de Informática, Dirección del Centro y Secretaria de dirección que diseñaron el programa.

Se consensuó el programa con la Junta de Dirección del Centro. Se informó a los responsables que hicieron extensiva la información al resto de personal y profesionales.

Se puso en marcha.

Resultados obtenidos.

El resultado más evidente y el más buscado, es la reducción de las colas y el tiempo de espera de los pacientes, y la disminución de preguntas reiterativas en el servicio de información. Por otro lado hay una demanda creciente por parte de los consultores para poder utilizar el recurso.

Lecciones aprendidas.

Queremos destacar que la experiencia ha sido muy positiva ya que la comunicación visual nos permite centrarnos en otras demandas del paciente con la tranquilidad de saber que éste está totalmente informado de los servicios y ubicaciones del Centro.

C-727

ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS EMPLEADOS EN LA LIMPIEZA DE CENTROS SANITARIOS PÚBLICOS

RUBIO GARCÍA, A.; GUIJARRO RODRÍGUEZ, J.L.; ARRABAL FEIXAS, M.J. Y MIÑARRO DEL MORAL, R.M..
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA

Palabras Clave: seguridad.

RESUMEN

Contexto de partida.

Se presenta un estudio multicéntrico realizado en centros asistenciales de atención primaria, (AP),y atención hospitalaria (AH) de la provincia de Córdoba, desarrollado por un grupo interdisciplinar de profesionales.

Descripción del problema/necesidades.

La seguridad química es una preocupación a nivel de la Comunidad Autonómica andaluza que queda reflejada en sus programas de inspección, vigilancia, control y alerta de productos químicos, así como su reciente Decreto y Registro de Establecimientos y Servicios Biocidas, donde se está cuestionando la inclusión de las empresas de limpieza.

Los objetivos de este estudio son:

- Estudiar el grado de adecuación a la normativa vigente de los sistemas de información de los productos químicos utilizados en la limpieza de centros asistenciales. (Etiquetado y Ficha de Datos de Seguridad, FDS)
- Identificar los riesgos no registrados en estos sistemas de registro y su repercusión en trabajadores y el Medio Ambiente.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En Atención Primaria se seleccionaron 22 Centros de Salud soluciones aportadas pertenecientes al Distrito Sanitario Córdoba y, en Atención Hospitalaria, el Hospital Infanta Margarita de Cabra. Se recabó toda la información sobre los productos de limpieza utilizados por las empresas de limpieza y se evaluó su adecuación a la normativa andaluza vigente por parte de personal especializado en la inspección de este tipo de productos, tomando como referencia los sistemas y programas diseñados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Las deficiencias detectadas se tipificaron como leves, graves y muy graves.

Resultados obtenidos.

Los productos estudiados presentan deficiencias en sus sistemas de información, tanto en la información relativa a su utilización como a la referida a su repercusión medioambiental. De los productos revisados, sólo 1 estaba libre de incidencias (3.2%). Se detectaron incidencias en el 96.8% de los productos distribuyéndose de la siguiente forma: - Productos con incidencias MUY GRAVES:20 (64.5 %) - Productos con incidencias GRAVES:28 (90.3 %) - Productos con incidencias LEVES:26 (83.9 %) Dos de los productos presentaban incidencias Muy Graves en TODOS los epígrafes evaluados.

Lecciones aprendidas.

La información sobre la mayoría de productos empleados en la limpieza de los centros sanitarios incumple la normativa vigente. Algunas de las deficiencias detectadas representa un riesgo para la seguridad de los trabajadores de las empresas de limpieza. Se hace necesaria su valoración en los Pliegos de Prescripciones Técnicas de empresas proveedoras de servicios

C-728

REVISIÓN DE BOTIQUINES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA COMO PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO PARA PACIENTES INMOVILIZADOS

ANTONIO VELÁZQUEZ SALAS Y ALICIA COMINERO BELDA.
DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Palabras Clave: Atención domiciliaria de salud, Botiquín

RESUMEN

Contexto de partida.

Proyecto realizado en todas las Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario Sevilla Sur desarrollado por los profesionales de enfermería

Descripción del problema/necesidades.

Una de las principales causas de descompensación clínica es el manejo inefectivo del régimen terapéutico,cerca del 50% presenta problemas para seguirlo especialmente en pacientes crónicos.No se presta excesiva atención a la importancia del cumplimiento.Sería deseable identificar a los pacientes que presuntamente van a presentar problemas en su esquema terapéutico para establecer medidas preventivas. Se tiende erroneamente a pensar que el responsable de una mala adhesión terapéutica es el paciente, es por ello fundamental una valoración integral que aborde:accesibilidad,educación sanitaria,continuidad asistencial y actitud del paciente y entorno.En Andalucia el sistema sanitario público establece entre sus objetivos potenciar la atención domiciliaria de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio en compañía de su familia el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Propusimos a nuestros profesionales de enfermería incluir, dentro de las visitas domiciliarias programadas, una valoración focalizada del manejo del manejo de su régimen terapéutico incluyendo la Revisión de botiquines:medicamentos que toma,coherencia con su prescripción facultativa,nº de envases, automedicación, caducados,indicadores de resultados NOC.Se estableció un plan de comunicación que incluye hoja de registros,web corporativa como instrumento de ayuda,tutorial para profesionales,durante el 2008. Nuestro objetivo fue normalizar un procedimiento para la valoración de nuestros pacientes de especial riesgo dentro de nuestra cartera de Servicios: Inmovilizados y cuidadoras

Resultados obtenidos.

Se han realizado 2996 revisiones de botiquin por parte de enfermería. A fecha 31 Enero 09 se realizó un estudio para estimar la proporción del manejo del régimen terapéutico (MRT)por parte de nuestros pacientes mediante muestreo aleatorio simple con una muestra de 401 usuarios, nivel de confianza 95%; precisión 5%; y p= 50% y ajustando unas pérdidas del 15% arrojó los siguientes resultados: Manejo efectivo= 62,3%; M. inefectivo=27,9%; M.inefectivo familiar=9,7%;el 7,3% son medicamentos caducados;el 12% son automedicados, las mujeres manejan peor su régimen.Hemos identificado factores asociados al MRT.

Lecciones aprendidas.

Para la medida de resultados en salud relacionados con la efectividad y el impacto de las intervenciones enfermeras es importante medir indicadores de resultados mediante la taxonomía NOC. Diraya no nos lo facilita

C-729

PROCESO HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES GENERAL Y DE REHABILITACIÓN - TRAUMATOLOGIA

MARTÍN MUÑOZ, O.; ŠKODOVÁ, M.; ROSALES RODRÍGUEZ, M.; FERNÁNDEZ SIERRA, MA.; VELASCO RODRÍGUEZ, MJ. Y RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA,MM..
HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Palabras Clave: Higiene manos, Infecciones asociadas atención sanitaria

RESUMEN

Contexto de partida.

El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) ha realizado un estudio para evaluar el proceso de Higiene de Manos (HM) mediante cuestionario dirigido a personal de enfermería del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT) y de Hospital General (HG) del HUVN, entre enero y mayo de 2009.

Descripción del problema/necesidades.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) son el principal efecto adverso ligado a la hospitalización y las manos de los profesionales son el vehículo de transmisión más frecuente. Planteamos determinar los conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería ante la HM, incluyendo lavado y uso de solución hidroalcohólica; según las respuestas de los propios profesionales en el cuestionario diseñado a tal efecto.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde el SMPySP del HUVN se lleva a cabo una campaña para aumentar la adherencia a la HM. Se contacta con Dirección de Enfermería de los centros y con las supervisoras de los servicios y se concierta sesión formativa para reforzar las técnicas de lavado, sus indicaciones y otros aspectos de HM. Asimismo, se realiza un estudio descriptivo mediante cuestionario dirigido a personal de enfermería de los servicios del HRT y HG del HUVN, entre enero y marzo de 2009.

Resultados obtenidos.

Se realizaron 32 sesiones formativas, 19 en HRT y 13 en HG; obteniendo 272 encuestas. Los profesionales consideran “muy elevada” la importancia de HM en un 80.5%. El 52.6% refiere que el principal motivo para realizar la HM es no transmitir infecciones al paciente y el 37.9% que sirve para evitar la transmisión de infecciones de éstos al personal sanitario. El método de HM más utilizado es el lavado con agua y jabón (78.7%), seguido de agua y jabón antiséptico (18%). El 69.9% utiliza soluciones hidroalcohólicas. Por término medio realizan 19 lavados por turno. La mayoría (52.2%) afirma que no hay carteles recordatorios y/o instrucciones de HM en su servicio. El 46.3% cree que los médicos y/o las supervisoras no son un buen referente para aumentar el cumplimiento.

Lecciones aprendidas.

El personal de enfermería del HRT y HG reconoce la importancia de la HM como medida preventiva de transmisión de infecciones. Los profesionales perciben positivamente la sesión formativa, participan activamente en el desarrollo de la misma. Facultativos y supervisores deberían ser un buen referente en la HM para los demás profesionales. Es necesario continuar con las sesiones formativas de manera periódica para reforzar la higiene de manos.

C-730

ANÁLISIS E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS

Antonio Velázquez Salas y Alicia Cominero Belda.
Distrito Sanitario Sevilla Sur

Palabras Clave: Evaluación de programas, Proyectos de salud

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital de Valme y Distrito Sanitario Sevilla Sur de caracter multidisciplinar
Descripción del problema/necesidades.
En Andalucia, el sistema sanitario público establece entre sus objetivos potenciar la atención domiciliaria de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio con su familia el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones.En España la población mayor de 65 años se ha duplicado en las últimas cuatro décadas y por tanto la utilización de los servicios hospitalarios por parte de las personas mayores. El 13,48% de los ingresos hospitalarios son de este segmento de edad, elevándose al 17% en pacientes mayores de 75 años con una media de ingresos de 1,36 y 1,42 veces en el último año respectivamente
Desarrollo y soluciones aportadas.
En multitud de estudios comprobamos como la salud auto-percibida, la educación del paciente y familia respecto al problema de salud, la comorbilidad, el manejo inefectivo del régimen terapéutico, falta de coordinación de cuidados interniveles, incumplimiento de tratamiento y dieta son variables a tener en cuenta a la hora de valorar las causas que justifican los reingresos hospitalarios. Analizando estas variables se extraen numerosas intervenciones que permiten disminuir los reingresos hospitalarios. Realizamos una aproximación diagnóstica (Análisis estratégico) a los determinantes causales en torno a los reingresos hospitalarios en nuestro entorno, a partir de un proceso grupal de expertos, como paso para el desarrollo de estrategias de mejora mediante dos técnicas DAFO con profesionales de ambos niveles asistenciales y un grupo focal con pacientes con reingresos previos pertenecientes a nuestra cartera de clientes así como a sus cuidadoras principales. Establecimos como objetivo general: Mejorar la calidad de la atención a los pacientes incluidos en nuestra cartera de clientes para disminuir la incidencia de reingresos hospitalarios mediante la implantación de un programa de intervenciones específicas para pacientes de riesgo y unas líneas estratégicas encaminadas a mejorar la continuidad asistencial, la calidad de los cuidados, la formación continuada y la evaluación y mejora continua.Identificamos nuestra cartera de clientes en función de la prevalencia de reingresos de nuestro entorno y establecemos una cartera de Servicios desde el Hospital y desde Atención Primaria mediante dos areas de trabajo como garantía de continuidad:Procesos Operativo y de Soporte
Resultados obtenidos.
Se ha establecido un cuadro de mandos, evaluación de la efectividad de intervenciones y un cronograma de ejecución
Lecciones aprendidas.
El proyecto está en fase de implementación

C-731

CLIMA DE SEGURIDAD DE PACIENTE SEGÚN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ŠKODOVÁ, M.; VELASCO RODRÍGUEZ, MJ.; MARTÍN MUÑOZ, O.; FERNÁNDEZ SIERRA, MA.; ROSALES RODRÍGUEZ, M. Y RODRÍGUEZ AGUILA, MM..
Hospital Virgen de las Nieves

Palabras Clave: Clima seguridad, Percepción profesionales sanitarios

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó un estudio transversal descriptivo en una muestra de profesionales sanitarios del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN), mediante la versión española del cuestionario de Agency of healthcare research and quality (AHRQ).
Descripción del problema/necesidades.
El primer paso para mejorar la seguridad del paciente (SP) es que las organizaciones sanitarias trabajen sobre la cultura de seguridad. Para ello nos planteamos determinar la percepción general sobre la SP en el HUVN, determinar la comunicación acerca de errores e incidentes y el tipo de respuesta ante ellos y conocer el clima de seguridad en el HUVN.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Entre julio - agosto de 2008 se distribuyeró el cuestionario de cultura de SP de AHRQ traducido y validado al español, a todos los profesionale sanitatrios de los distintos servicios y unidades del HUVN, se realizaron visitas periódicas para su cumplimentación y fueron recogidos personalmente.
Resultados obtenidos.
La tasa de respuesta fue de 62,82%. En el último año, el 90,2% de los profesionales no ha notificado por escrito ningún evento adverso. El grado medio de seguridad en los servicios es de 6,57 (DS 1,82; rango 0 a 10). La percepción general de seguridad es valorada positivamente por el 34,1% de los profesionales. El trabajo en equipo en la unidad/servicio es el aspecto mejor valorado (66,9%), no ocurre lo mismo con trabajo en equipo multidisciplinar (29,2% de respuestas positivas) y solo el 43,1% ve la continuidad asistencial como buena. El soporte desde la gerencia (negativo según el 73,8%), la dotación de personal (71,9% valoraciones negativas) y la respuesta no punitiva al error (negativa en 51,5%) son las principales áreas de mejora. Según el 36,9% de los profesionales tampoco hay buena comunicación y feedback sobre el error y la comunicación abierta dentro de la unidad/servicio y con los superiores es percibida negativamente por el 38,6% profesionales. Solamente el 36,8% percibe positivamente el aprendizaje organizacional y mejora continua.
Lecciones aprendidas.
La percepción general de seguridad en el HUVN es buena aunque la comunicación sobre errores es deficiente. Es necesario aumentar la presentación de informes sobre errores detectados. Para ello será útil preparar y distribuir formularios de registro de eventos estandarizados. Es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registro de eventos adversos.

C-732

EFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL DEL INGESA DE CEUTA. ESTUDIO ECEAS 2008.

LÓPEZ BARBA, J.*; ROCHER TORRES, I.; JOSÉ ACEDO, MI.; QUEROL GUTIÉRREZ, JC. Y BLANCO GALAN, MA..
HOSPITAL CRUZ ROJA DEL INGESA DE CEUTA

Palabras Clave: Efectos adversos, Seguridad asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.
Hopsital del ingesa de ceuta. - Unidad funcional de seguridad clínica de pacientes y gestión de riesgos clínicos.
- Servicio de historias clínicas y documentación.
Descripción del problema/necesidades.
Determinar la incidencia de Efectos Adversos (EAs) y de pacientes con EA en el hospital del INGESA de Ceuta. Describir las causas inmediatas del EA.
Según el estudio ENEAs 2005, los EA son sufridos por un 10.2% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles de menos de 200 camas. En Ceuta hasta la fecha no se tenían datos propios referidos a este tema.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se ha realizado un estudio retrospectivo de cohortes de los pacientes soluciones aportadas ingresados en el hospital del INGESA de Ceuta, cuya hospitalización fue superior a 24 horas, con historia clínica definida y que fueron dados de alta del 6 al 12 de octubre de 2008 (ambos inclusive). Se ha utilizado el formulario de detección de EA de la Guía de Cribado del Proyecto IDEA (estudio ENEAs 2005 del MSC). Se examinaron las historias clínicas buscando alguna de las condiciones alerta de EA. Posteriormente, un facultativo realizó una revisión detallada del episodio, confirmando o no el EA. Los datos han sido procesados mediante el sistema statgraphics 5.1.
Resultados obtenidos.
De los 126 pacientes, 10 (7.93%) fueron cribados como posibles EAs y 116 fueron descartados. Al revisar los pacientes cribados como positivos, se encontraron 4 (40%) falsos positivos. El valor predictivo positivo (VPP) de las historias cribadas como positivas fue del 60%. Se detectaron 6 pacientes con EA durante la hospitalización, siendo la incidencia de pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria de 4.76% (6/126). El 50% se consideraron leves, el 33.3% moderados y el 16.6% graves. El 33.3% de los EAs han estado relacionados con la medicación y un 16.6% con las infecciones nosocomiales. El 66.6% de los EAs tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia hospitalaria, con una media de 3 días más de estancia. De los EAs estudiados el 50% se consideró evitable. Ningún EA derivó en muerte o secuelas.
Lecciones aprendidas.
El número de EAs en nuestro hospital es inferior al esperado. La incidencia de EAs es menor que la establecida en el estudio nacional (ENEAs) para hospitales de menos de 200 camas: ENEAs=10.2% / ECEAs=4.76%. Los porcentajes de EAs relacionados con la medicación y las infecciones nosocomiales coinciden con los resultados de otros estudios. Es preciso que cada hospital cuantifique sus propios EAs de forma que pueda tomar medidas específicas en su Centro Hospitalario y al mismo tiempo saber cómo se encuentra en relación a otros.

C-733

CORRESPONDENCIA BIÚNICA EN LA FASE PREANALÍTICA

NAVARRETE PÉREZ, S; INFANTES VIANO,R; PANEQUE MOLINA, P Y ALCÁNTARA ALCAIDE, MV.
H.M.I. C. H. UNIVERSITARIO CARLOS HAYA

Palabras Clave: Correspondencia Biúnica, Fase Preanalítica

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo ha sido desarrollado en el servicio de laboratorio del hru carlos haya como unidad de gestion de diagnóstico. Los profesionales implicados en el proyecto han sido los profesionales de enfermería de la sección de toma de muestras de la unidad.
Descripción del problema/necesidades.
Como antecedentes, nos encontramos que dentro de la fase preanalítica, se detectan innumerables errores provocados por diferentes causas, como la identificación del paciente, la determinación de la muestra solicitada, etc. Con este trabajo se pretende aumentar la seguridad del paciente en la toma de muestras y la calidad de los resultados de los mismos, minimizando los errores en todo el proceso de la fase preanalítica. Las causas de los errores cometidos se llevaron a cabo mediante el estudio de la trazabilidad de las muestras y su posterior análisis de mejoras.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El inicio del trabajo se llevo a cabo mediante protocolo y definición de los problemas detectados, así como de las incidencias, creando un circuito dentro de la fase preanalítica dando respuesta las deficiencias encontradas. El personal responsable del proyecto es el personal de enfermería de la sección de toma de muestras y el cargo intermedio de dicha unidad. La difusión del proyecto se llevó a cabo mediante reuniones con los profesionales implicados en la fase preanalítica en un primer paso de pilotaje. Las fases realizadas dentro del proyecto son detección del problema, análisis de causas, proyecto de mejora, difusión, pilotaje (estado actual),evaluación continua y modificación si precisa.
Resultados obtenidos.
Estamos en una fase de pilotaje, dentro de la cual se observa una disminución de errores del 95%. Los problemas detectados inicialmente, es una falta de gestión organizativa del tiempo de los profesionales, la cual se está adecuando a los nuevos sistemas de trabajo.
Lecciones aprendidas.
El personal de enfermería debe responsabilizarse de las técnicas y cuidados que lleva a cabo dentro de su labor asistencial. La fase preanalítica debe ser establecida como una función propia de enfermería, donde estos profesionales asuman la responsabilidad de dar fe de la correspondencia entre muestra, solicitud y paciente.

C-734

LA COMISIÓN DE RECLAMACIONES COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LA CIUDADANÍA

MARTOS, A.; JOVER, J.M.; HUERTAS, F.J.; CONTRERAS, J.; LANZAROTE, S. Y NUEVO, E.A..
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

Palabras Clave: Comisión, Reclamaciones, Mejoras, Calidad

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Gestión de Riesgos, Reclamaciones del S.A.C. del C.H.Jaén.
Descripción del problema/necesidades.
La Consejería Salud, en su Plan Marco, establece en sus líneas básicas la satisfacción del ciudadano como elemento fundamental del enfoque de calidad a alcanzar en los S.S.P.A. Un indicador para detectar la satisfacción de los ciudadanos en relación a la asistencia, es la interposición de Reclamaciones, que deberán recibir respuesta, estableciéndose un puente entre la admón.. Sanitaria y la ciudadanía La decisión de la D. Gerencia de constituir la Comisión de Reclamaciones tiene como finalidad, incorporar la visión del usuario y del profesional a través de la gestión de reclamaciones, y realizar un correcto seguimiento de las quejas interpuestas, asegurando la cooperación y el trabajo en equipo, para formular líneas estratégicas de las que se deriven medidas concretas para la solución de las mismas
Objetivos:
1.Utilizar la información de las Reclamaciones como fuente para detectar problemas y puntos fuertes, analizando las causas que las han motivado y valorando la repercusión asistencial de las mismas
2.Poner en marcha, controlar acciones que incidan en la prevención y disminución de reclamaciones
3.Establecer criterios coherentes y homogéneos para determinar medidas correctoras y formular objetivos enfocados a una mejora continua y a la seguridad del paciente
Desarrollo y soluciones aportadas.
§La composición de la comisión con carácter multidisciplinar, atiende a criterios de participación y receptividad, teniendo en cuenta la aportación de diferentes enfoques y coordina las actuaciones a realizar
§Reuniones periódicas de los miembros de la Comisión de Reclamaciones, donde analizan de forma detallada las reclamaciones a través de los datos relativos a la gestión, recogidos en la aplicación informática de la U.de Gestión de Riesgos y Reclamaci.
Información recabada a través de los informes realizados por los profesionales y las sugerencias obtenidas de los ciudadanos en los foros de participación mantenidos con la S.A.C. y a través de las encuestas de satisfacción que dieron lugar a reclamaciones permitiendo mejorar una visión estratégica que equilibre las expectativas de los pacientes, sanitarios y admón. Para mejorar las prestaciones de salud
Resultados obtenidos.
Diversas mejoras implantadas en relación con las reclamaciones recibidas en distintos Servicios, Transporte Sanitario, U. de Archivo y Documentación Clínica, S.A.C.
Lecciones aprendidas.
La creación de la Comisión de Reclamaciones ha permitido la implantación de mejoras relacionadas con los motivos mas frecuentes

C-735

INVESTIGACIÓN REACTIVA DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO POR CONFUSIÓN EN LA VIA DE ADMINISTRACIÓN.

CORTÉS DE MIGUEL, S.; VALLEJO RODRÍGUEZ, I.; BUENO CAVANILLAS, A.; SALMERÓN GARCIÁ, A.; DÁVILA-FAJARDO, CL Y CABEZA BARRERA, J..
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Palabras Clave: Error de Medicación, Seguridad del paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitario San Cecilio. Servicio de Farmacia (SF); Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal (UCIPN). Profesionales implicados: cuatro Especialistas de UCIPN, Enfermería, y un Residente de UCIPN y un Especialista y dos Residentes del SF.
Descripción del problema/necesidades.
Confusión entre preparación oral e intravenosa de Zidovudina. El suceso se detectó antes de alcanzar al paciente, cuando el residente de UCIPN solicitó al SF indicaciones para diluir el medicamento para su administración en perfusión IV continua. Se comunicó que el preparado enviado era suspensión oral y se disparó la alerta. El grupo de Investigación del Incidente incluyó un especialista de Medicina Preventiva, el Jefe del SF, el Jefe de Servicio y una enfermera de UCIPyN y dos especialistas en Obstetricia y Ginecología,y analizó todo el proceso y las posibles las causas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El Grupo de Investigación analizó la historia clínica del paciente y el incidente ocurrido, y elaboró una lista de los problemas encontrados. Se priorizaron los aspectos a tratar y se establecieron cuatro medidas correctoras principales: 1)Nuevo impreso de solicitud de Fórmulas Magistrales donde se especifica la vía de administración, si ha habido solicitudes previas vía telefónica y un apartado de observaciones a cumplimentar por el farmacéutico que prepara la formulación en caso de incidencias. Debe ir firmado por un facultativo que especificará su CNP. 2) Solicitar jeringas orales para dosis pequeñas. Estas jeringas no podrán conectarse con los sistemas de infusión utilizados en el hospital. 3)Preferiblemente las soluciones orales se enviarán en frascos que no se presten a confusión, evitando el fraccionamiento en farmacia. 4)Inclusión de la vía de administración en todas las etiquetas de Fórmulas Magistrales.
Resultados obtenidos.
El registro sistemático de errores detectados y su análisis posterior permiten convertir esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. Las medidas correctoras aplicadas de forma protocolizada han sido indispensables para controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica. No hemos tenido nuevas incidencias.
Lecciones aprendidas.
Necesidad de elaborar un sistema de comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Propuestas de mejora: Introducir un campo obligatorio en el programa de elaboración de etiquetas que impida la impresión cuando no se indique la vía de administración. Implantar el sistema de unidosis en la UCIPyN. Normalizar los canales de comunicación en el SF.

C-736

LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN UN ENTORNO DE CALIDAD TOTAL: LA NORMA ISO 22000 EN UN SERVICIO DE RESTAURACIÓN HOSPITALARIA.

GONZÁLEZ CALLEJAS MJ*, Y BLANCO GARCÍA MG .
Hospital Universitario Virgen de las NIeves

Palabras Clave: Seguridad, Alimentaria, Servicio, Hostelería, Calidad, Asistencial

RESUMEN

Contexto de partida.

La Calidad de la Asistencia Sanitaria, es un valor cada vez más apreciado no sólo por los pacientes-usuarios que reciben el servicio sino además por los profesionales sanitarios que lo prestan. El paciente, está cada vez más sensibilizado con el nivel de calidad de los alimentos recibidos y cada vez son mayores las exigencias que en la materia de calidad y seguridad alimentaria, las industrias del sector están obligados a cumplir. Si a ello, le unimos, la importancia de preservar la seguridad e inocuidad de los alimentos que en un centro hospitalario se elaboran y suministran, y el público tan especial al que van dirigidas, resulta imprescindible por tanto, establecer un sistema de gestión eficaz que asegure la inocuidad y seguridad de la comida elaborada y suministrada .

Descripción del problema/necesidades.

Al mismo tiempo de dar cumplimiento a la legislación vigente sobre seguridad alimentaria en restauración colectiva, necesitábamos garantizar la inocuidad y seguridad alimentaria de los alimentos elaborados y distribuidos en el HUVN, para proporcionarle al paciente la confianza de estar consumiendo un menú elaborado bajo unos estándares de calidad certificable, al mismo tiempo de darle un valor añadido al servicio prestado.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto ha necesitado la implantación de un sistema de gestión de la calidad y seguridad alimentaria basado en el estándar de calidad ISO 22000:2005, integrado a la política de gestión del centro.

Resultados obtenidos.

La implantación de la Norma ISO 22000:2005, Ha disminuido casi al 100% el número de muestras contaminadas, Ha disminuido el número de reclamaciones (80%), Ha aumentado la satisfacción del paciente (N=770 (80% Muy Bueno y Bueno)), Ha proporcionado al centro mayor seguridad en el sistema establecido tanto en producto como en proceso, Ha implicado en nuestros proveedores, Ha obligado a la realización de reingeniería en nuestros procesos

Lecciones aprendidas.

La implantación de este sistema de gestión ha permitido demostrar que es una herramienta de gestión efectiva que minimiza los riesgos de seguridad en los alimentos que consumimos, cubriendo todos los procesos realizados enla cadena de suministro.

C-737

PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CADUCIDADES Y USO ADECUADO DE PRODUCTOS SANITARIOS EN LA UGC DE ORL

FERRER RODRÍGUEZ, A.* ; BLANCO BERMEJO, C.; MARTÍN MARQUEZ, A.; MOLINA RUIZ DEL PORTAL, JM.; MORALES BUENO, L Y ESCALANTE ALZA, JL.
Hospital Comarcal de la Axarquía

Palabras Clave: Buen uso de productos, control caducidades

RESUMEN

Contexto de partida.

Hasta el momento en la UGC de ORL se hacían controles de caducidades de fungibles y medicamentos (Tanto en consultas, como en hospitalización y en quirófanos), pero no existía ningún procedimiento escrito registros de la actividad, ni periodicidad establecida. Con el desarrollo del proceso de acreditación de la unidad, se estableció la necesidad de regular los procedimientos

Descripción del problema/necesidades.

Asegurar que la medicación y fungibles utilizados en la UGC estén en problema/ condiciones adecuadas para su uso, normalizando los procedimientos y necesidades estableciendo registro adecuados

Desarrollo y soluciones aportadas.

Identificación por parte del Servicio de Farmacia de medicamentos multidosis y temolábiles de la unidad en colaboración con el Director de la Unidad.Establecimiento de condiciones de conservación y estabilidad tras apertura de medicamentos multidosis en colaboración con el Servicio de Farmacia y el Servicio de Medicina PreventivaGeneración de registros adecuados para valorar cumplimiento del procedimiento. Adaptación de material de la unidad a las condiciones necesarias para la conservación de la medicación

Resultados obtenidos.

La UGC ha realizado cuatro procedimientos: Control y gestión de caducidades de botiquines Control y gestión de medicación multidosis Control y gestión de medicación termolábil Control y gestión caducidades de medicación del carro de parada Se ha elaborado un cuadro de mandos en la unidad para favorecer la operatividad del procedimiento

Lecciones aprendidas.

La realización de procedimientos y registros adecuados facilita la detección de desviaciones y favorece el cumplimiento de los procesos donde se realizan

C-738

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO DE CUIDADORAS PRINCIPALES

RAMÍREZ LÓPEZ, E *; CASTAÑEDA PALMA MA; ASENSIO PÉREZ MR; SÁNCHEZ MEDINA N; PALOMO LARA JC Y PRIETO GUERRERO M. .
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Cuidadoras Principales, Intervenciones Enfermeras, Régimen Terapéutico.

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Virgen Macarena.Unidades de Hospitalización. Enfermera de la Unidad de Atención al cuidador (UAC) y Enfermeras Gestoras de Casos (EGC).

Descripción del problema/necesidades.

El porcentaje de pacientes dependientes atendidos en el HU Virgen problema/ Macarena es muy elevado. La salud de la cuidadoras está relacionada necesidades con el cuidado del paciente dependiente y la hospitalización del mismo puede conllevar abandono del cuidado de los problemas de salud de la cuidadora, siendo la etiqueta diagnóstica (ED) "Manejo inefectivo del régimen terapéutico" frecuente en ellas. La enfermera de la UAC interviene, utilizando la metodología enfermera, mejorando el manejo de su régimen terapéutico y evaluando la efectividad de las intervenciones en cuidadoras con dicha ED. Durante 2008 las EGC y la enfermera de la UAC midieron la prevalencia de pacientes dependientes (cortes cuatrimestrales en las unidades de hospitalización), y ésta superó el 30%. Más del 80% de los mismos son acompañados por sus cuidadoras principales y de éstas, el 60% presentan patologías crónicas

Desarrollo y soluciones aportadas.

La enfermera de la UAC realizó un estudio cuasi-experimental durante soluciones aportadas el año 2008

•Población de estudio: 233 cuidadoras principales de pacientes hospitalizados

•Muestra: 82 cuidadoras con Manejo inefectivo del régimen terapéutico

•Criterio de resultado: Conocimiento: régimen terapéutico

•Medición de la diferencia entre la puntuación pre y postintervención (escala Likert) de un total de 4 indicadores de resultados

•Intervenciones apropiadas siguiendo la metodología enfermera (las más importantes: Enseñanza: proceso de enfermedad, Enseñanza: dieta prescrita y Enseñanza: medicamentos prescritos)

•Análisis de la puntuación obtenida en los indicadores elegidos

Resultados obtenidos.

El 100% de las cuidadoras mejoran la puntuación en el criterio de resultado tras la intervención (aumento de la puntuación media en la escala Likert: 2'08 puntos) El 72% resuelve la ED: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (puntuación 4 ó > de 4 en la escala Likert)

Lecciones aprendidas.

Las intervenciones enfermeras fueron efectivas mejorando el Manejo del régimen terapéutico de las cuidadoras principales durante el acompañamiento de pacientes dependientes hospitalizados, mejorando así el cuidado de sus problemas de salud. La ED Manejo inefectivo del régimen terapéutico de las cuidadoras está íntimamente relacionado con la salud de las mismas, y esto influye directamente en los cuidados que presta, por lo que resolver este problema enfermero beneficia tanto a la cuidadora como al paciente al que cuida

C-739

MEJORA CONTINUA DE LA BASE DE DATOS DE RECLAMACIONES PARA OBTENER INFORMACIÓN PORMENORIZADA DE LAS QUEJAS FORMULADAS

HUERTAS, F.J.; MARTOS, A.; PELAEZ, D.; ESCRIBANO, C.; LANZAROTE, S. Y NUEVO, E.A..
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN

Palabras Clave: Aplicación Informática, Reclamaciones, Información.

RESUMEN

Contexto de partida.

Unidad de Gestión de Riesgos, Reclamaciones y Sugerencias del S.A.C.
del C.H.Jaén.

Descripción del problema/necesidades.

Mejora de la calidad a través del desarrollo continuado del Sistema de Registro de Reclamaciones y Sugerencias (S.R.R.S.) basado en la Estructura de Base de Datos indicada por los Servicios Centrales del S.A.S. en relación al Decreto 262/88 de 2 de agosto El Sistema permitirá analizar las reclamaciones para un mejor conocimiento de necesidades y expectativas de la ciudadanía, identificando áreas de mejora y aumentando la calidad percibida de los ciudadanos a su paso por el S.S.P.A.

Ampliar el Sistema integrando nuevos campos, como el que recoge las Observaciones Contabilizar el nº de Agradecimientos independientemente del nº total de Reclamaciones Implicación de todos los Servicios comunicando sus informes a través del correo electrónico Acceso codificado al Sistema y elaboración de protocolo para mecanización de datos Reclamaciones verbales, recogida de datos, registro y análisis

Desarrollo y soluciones aportadas.

Base de Datos coordinada entre el Servicio de Informática y la soluciones aportadas U.G.R.R.S. para la inclusión en el Cuadro de Mandos Hospitalario.

Adecuación del Sistema en consonancia con el Contrato Programa 2000-04, actualizándolo en base al Contrato Programa 2005-08 para la evolución en Ágoras, que incluye la creación de nuevos registros: Servicio al que se le solicita informe Nombre del profesional aludido Nombre del paciente. Edad, sexo del reclamante Observaciones

Resultados obtenidos.

Datos estadísticos recogiendo la información en base al campo elegido: Motivo de mayor incidencia Servicios implicados Tiempo de demora en respuesta al usuario Comparativa de reclamaciones entre períodos Estamentos implicados Demora porcentual en emitir los informes el Servicio Presentación ante la Comisión de R.R. del C.H.J., para permitir y facilitar la toma de decisiones, de estadísticas y gráficos exponiendo las fortalezas y debilidades del funcionamiento del Hospital en el período concreto de estudio Conocer, mediante un campo creado a tal efecto, la propuesta de mejora aplicada por parte del Servicio correspondiente

Lecciones aprendidas.

Base de Datos en continua explotación, se convierte en una herramienta innovadora, imprescindible para la Dirección del Hospital en la toma de decisiones, que influye en una mejor gestión de las RR y SS

La obtención pormenorizada de datos a cerca de las reclamaciones interpuestas, permite un mejor conocimiento de las mismas, lo que incide en las mejoras a adoptar

Conocimiento de las debilidades y fortalezas del Centro, a través del Sistema de Información

C-740

PROCEDIMIENTO BIOPSIA GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA ¿SON NECESARIOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ESTÁNDARES DE CALIDAD?

FREIRE MACIAS JM; PAJARES VINARDELL M; UTOR FERNANDEZ A; MORENO PAREDES P; PALOMO GONZÁLEZ MJ Y ALONSO REDONDO E.
HU PUERTA DEL MAR CÁDIZ

Palabras Clave: Evaluación, Calidad, BSGC, Cáncer de mama.

RESUMEN

Contexto de partida.
La Unidad de Patología Mamaria, constituida por un equipo multidisciplinar de cirujanos, oncólogos, radioterapéutas, radiólogos, patólogos , cirujanos plásticos y médicos nucleares, analiza conjuntamente las decisiones diagnósticas y terapéuticas en las pacientes con cáncer de mama del hospital Puerta del Mar en Cádiz
Descripción del problema/necesidades.
El procedimiento de la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) problema/ ha demostrado ser una alternativa segura a la tradicional necesidades linfadenectomia axilar completa en la estadificación y tratamiento
quirúrgico del cáncer de mama Las unidades que lo apliquen deben acreditar el principio de la máxima eficacia y salvaguardar la seguridad de la paciente, debiendo cumplir los guías clínicas y las recomendaciones de expertos
Desarrollo y soluciones aportadas.
La Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria presentó en soluciones aportadas 2007 una guía de autoevaluación de BSGC estableciendo criterios y estándares de calidad, evaluando la experiencia asistencial del equipo, aspectos operativos (tres criterios imprescindibles) y la actividad científico formativa.
Desde abril 2006 hasta agosto 2007 se realizó una fase de aprendizaje y validación de la técnica en 50 pacientes.
Posteriormente, en fase de aplicación clínica, hasta febrero 2009, se ha realizado en 120 pacientes Aplicamos la guía de evaluación a los 170 procedimientos de BSGC realizados en nuestra Unidad.
Resultados obtenidos.
El equipo cumple con los tres criterios esenciales relacionados con la eficacia técnica en la detección del ganglio centinela (96%), sensibilidad acreditada en fase de validación (90%), promedio de ganglios axilares centinelas (2,1) La aplicación de la guía de autoevaluación en nuestra Unidad ha mostrado una puntuación global de 40 sobre un máximo de 71 puntos en el proceso de cuantificación de 32 criterios. El estándar de calidad más prevalente fue el nivel II (24/32)
Lecciones aprendidas.
Identificamos los aspectos de mejoras, básicamente relacionados con las actividades científicas y formativas.
La guía podría ser un marco de referencia, que permita posicionar la calidad de la realización de la BSGC en una unidad concreta, pero también en relación con los grupos de su entorno.
La importancia de la Estadificación Axilar en las pacientes con cáncer de mama exige que para realizar el procedimiento de BSGC se cumplan unos requisitos mínimos que garanticen la buena práctica en términos de eficacia y seguridad para el paciente

C-741

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA 2008 DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

FERNÁNDEZ SANTIAGO E.; DÍAZ-BORREGO HORCAJO J.; VÁZQUEZ GARIJO P.; LEBRERO FERREIRO R.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ MD. Y RODRÍGUEZ CASADEMONT JM..
Servicio Andaluz de Salud. Dirección Gral. Asist. Sanit

Palabras Clave: Seguridad Paciente, Gestión Clínica, Evaluación Objetivos.

RESUMEN

Contexto de partida.
La Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS) del SAS incorpora (2007) la Seguridad del paciente (SP) en los acuerdos Unidades de Gestión Clínica (UGC), en atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) con implicación de todos los profesionales de UGC.
Descripción del problema/necesidades.
Este proyecto persigue, incrementar la SP y está enmarcado en un Proyecto global de implementación de la "Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESPA)" de la Consejería de Salud (CS). Se realizó análisis de situación utilizando distintas fuentes de información. Se definieron 5 objetivos, entre ellos "Impulsar una adecuada organización asistencial para impulsar la SP," incluyendola en Acuerdos de Gestión Clínica (AGC).
Desarrollo y soluciones aportadas.
UGC 2008: 415 AP y 249 AH; Acreditadas 210.
soluciones aportadas Fases: 1-Planificación y definición de objetivos (Diciembre-Enero08).
2-Presentación, elección y firma de Acuerdos. 3- Desarrollo de acciones (Enero-Diciembre 08) . 4- Evaluación.(2º trimestre 09)
Definición de objetivos: se tuvieron en cuenta los de la "ESPA", datos de riesgos asistenciales,estándares acreditación ACSA, intervenciones efectivas, y Uso racional medicamento. Los objetivos se enmarcaron en las áreas de Formación de profesionales, Planificación en SP y Prácticas Seguras.
La estrategia de difusión se realiza en cascada desde la DGAS a todos los profesionales así como en actividades difusión y formación de SP.
Resultados obtenidos.
Total UGC 2008: 415 UGC AP y 249 UGC AH.
AP: 397 UGC eligieron 1232 objetivos SP. Efectuado cumplimiento: Planes de Seguridad (PS), 221 objetivos; Formación SP, 14 ; Higiene de manos 292; Revisión medicación polimedicados 73; Valoración riesgo y aparición upp 112; Valoración riesgo caidas 96; equipamiento y formación manejo desfibrilador 84; Revisión botiquín domiciliario 117.
AH: 174 UGC eligieron 721 objetivos SP. Efectuado cumplimiento: UGC médicas (79): PS 29 objetivos; Sistema Notificación EA 11; Efectos adversos 8; Infecciones Nosocomiales 32; Uso seguro medicación, 17; Upp 20; Caidas 16; Identificación pacientes 7; Seguridad transfusional 4; Tasas mortalidad 15; Seguridad en acceso vías, infiltraciones 14; Terapia oncológica 9; Laboratorio 7; Reingresos-ingresos evitables 6; Otros 9 objetivos.
Lecciones aprendidas.
La utilización de herramientas del SSPA como la gestión clínica, está suponiendo un impulso para el desarrollo de la SP. La evaluación de objetivos de UGC indica un adecuado desarrollo de los objetivos planteados en "La ESPA". La confluencia de planes y acciones para el desarrollo de una Estrategia en una Organización, potencia los efectos.

C-742

"SISTEMA EXPERTO" (SE) PARA LA DETECCIÓN Y ACTUACIÓN PRECOCES EN LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

RODRÍGUEZ MARESCA, M; ROBLES AGUILERA, C; MALDONADO CASTILLO, JOSÉ RAMÓN Y RUIZ VALVERDE, A.
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA

Palabras Clave: Infección Nosocomial, Sistema Experto, Detección Precoz

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Laboratorio de Microbiología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, contando con la colaboración de M. Preventiva y UCI.
Descripción del problema/necesidades.
Las infecciones nosocomiales (IN) y los patógenos multi-resistentes problema/ (PMR) son considerados por la OMS un problema de salud pública necesidades generalizado. Las medidas higiénicas y la detección precoz de las IN
son las únicas estrategias que han demostrado ser realmente eficaces. Desde que se identifica el PMR en el laboratorio, hasta que se adoptan las medidas de tratamiento y prevención específicos para cada caso clínico, intervienen diferentes actores y soportes técnicos de información que exigen una gran coordinación y esfuerzo para asegurar la trazabilidad y rapidez de la información. Establecer la relación epidemiológica de los PMR que puedan pertenecer a un brote nosocomial es difícil debido a los intervalos temporales entre las identificaciones bacteriológicas, que además ocurren en varios tipos de muestras de pacientes que pueden estar ingresados en cualquier área hospitalaria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Desde la Comisión de Infecciones del Hospital se propone llevar a cabo soluciones aportadas una mejora específica en el control de la IN. En el marco de un proyecto FIS (PI08/90354) que se desarrolla en el laboratorio de microbiología para la vigilancia de resistencias bacterianas y PMR, se diseña una herramienta informática propia ("Sistema Experto"-SE), para el control de las IN mediante su detección precoz e información inmediata a M. Preventiva. El SE, conectado directamente a la base de datos del Laboratorio, analiza toda la información a tiempo real. La aplicación invierte <1 min. en mostrar un gráfico de barras, detallando los PMR que se ordenan por fechas, tipos de muestras biológicas, localización y números de historias clínicas.
Resultados obtenidos.
La ejecución diaria del SE ha permitido durante el 2009, la detección precoz y automática de dos brotes nosocomiales: Klebsiella BLEA+ en UCI y Acinetobacter en Reanimación.
El 85% de los informes de PMR del mes de Mayo se recibieron en M.
Preventiva antes de las 9h de la mañana: n: 20 (8-8h30: 10; 8h30
9H: 7; 9-10H: 3); Y EL TIEMPO MEDIO DESDE LA RECEPCIÓN HASTA LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO Y CONTROL FUE DE 25MIN; POR TANTO, LA ACTUACIÓN PREVENTIVA COMPLETA SE REALIZÓ ANTES DE LA 10H DE LA MAÑANA EN EL 85% DE LOS CASOS.
Lecciones aprendidas.
Se pueden aprovechar recursos disponibles para mejorar los circuitos de trabajo, minimizando errores, tiempos de ejecución y las necesidades de personal.
La exportabilidad de esta herramienta es otra ventaja adicional.

C-743

CONOCER PARA ACTUAR: CAÍDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

FERNÁNDEZ BONO, R; ROBLES AGUILERA, C. ; SERRANO CALVACHE, J; GALLARDO FRÍAS, JS Y ANTON MOLINA, F..
H. TORRECÁRDENAS

Palabras Clave: Seguridad, Pacientes, Caídas, Hoja de Notificación

RESUMEN

Contexto de partida.
Se recepciona reclamación en la que un familiar solicita se prolongue la estancia hospitalaria de su madre, considerando que su situación de salud no es la idónea para ser dada de alta. La reclamante hace mención a una caída sufrida en el área de radiología que le ocasionó fractura de la rama isquiopubiAna derecha, motivo que genera el ingreso y no la dolencia por la que acude a urgencias. Ante este hecho, reflexionamos sobre cuántas situaciones de este tipo desconocemos, ya que hasta este momento han sido las reclamaciones o demandas de usuarios o los comentarios de profesionales, las fuentes de información de estos sucesos.
Descripción del problema/necesidades.
Las caídas de pacientes es un hecho claramente documentado en la literatura cinetífica. Los factores que pueden desencadenar una caída son múltiples y variados, desde los propios de la persona hasta los del entorno y que son necesarios conocer para prevenirlas. El CHT no disponía de la estructura y organización necesaria para identificar, conocer y analizar las caídas que se producían; esto ocasionaba la imposibilidad de dimensionar la realidad del problema e implantar mejoras. Esto marcó la necesidad de desarrollar un sistema de notificación de caídas capaz de recoger información necesaria para determinar sus causas y poner soluciones
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó un grupo de trabajo interdisciplinar, con el propósito de concienciar a los profesionales de la importancia de la notificación, realizar, difundir entre los profesionales e impulsar la puesta en marcha de una hoja de notificación. La estrategia empleada se estructuró en tres fases. 1ª) Elaboración de la hoja de notificación, definiendo el circuito desde la notificación por parte del profesional hasta la recepción y análisis de cada caída, estableciendo los responsables de canalizar y procesar la información. 2ª) Difusión a todos los profesionales. 3ª) Implementación, realizándose previamente un pilotaje en las unidades
Resultados obtenidos.
Desde su puesta en marcha hace nueve meses, se han notificado 31 caídas, analizándose las causas y tomando medidas en aquellas susceptibles de mejorar. A nivel general, se ha incluido en la valoración de enfermería el Índice de Barthel para evaluar los problemas de autonomía
Lecciones aprendidas.
No sabemos cuán grande o pequeño puede ser un problema hasta que no te paras a analizarlo. Procurar que los pacientes no estén solos, tanto en las habitaciones como en los desplazamientos a otras áreas diagnósticas. No esperar a que se presente un acontecimiento grave para ponernos en "alerta", poner los medios para que estos no ocurran

C-744

DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA EL ABORDAJE DE LA ALERGIA AL LÁTEX EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

HERNÁNDEZ A.; FERNÁNDEZ F. *; AGUIRRE T. Y GUERRERO J..
HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Hipersensibilidad, Látex, Urgencias, Pediatría

RESUMEN

Contexto de partida.

U.C. de Pediatría del Hospital U. Puerta del Mar, Cádiz. Médicos y enfermeras de la unidad.

Descripción del problema/necesidades.

El reconocimiento del problema del manejo de los pacientes con alergia al látex o con riesgo de desarrollarla es un hecho relativamente reciente. Aunque su prevalencia es alta en determinados grupos de riesgo y las reacciones alérgicas potencialmente graves, no existen protocolos bien establecidos en muchas áreas asistenciales hospitalarias. Los pacientes con espina bífida y los niños con patologías nefrourológicas crónicas, son frecuentemente atendidos en las unidades de Urgencias Pediátricas y a menudo requieren procedimientos invasivos. Estos grupos de pacientes tienen un alto riego de desarrollar una alergia al látex a lo largo de su vida, como consecuencia de las múltiples intervenciones que con frecuencia requieren.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para la implementación del proyecto a nivel local se establecieron las siguientes estrategias: 1.Designación de responsables médicos y de Enfermería para el desarrollo del proyecto 2. Elaboración de un protocolo sobre el manejo de los pacientes con alergia al látex o con alto riesgo de desarrollarla 3.Crear una guía sobre la prevención de la alergia al látex en el personal sanitario 4.Presentación de los documentos elaborados al Comité Hospitalario de alergia al látex 5.Divulgación del protocolo 6.Evaluación de su funcionamiento

Resultados obtenidos.

En nuestra Sección de Urgencias Pediátricas no existe un protocolo específico bien elaborado para el abordaje de este problema, por lo que nos pareció prioritario poner en marcha este proyecto de mejora con el objetivo de incidir sobre los siguientes aspectos: Sensibilización y educación del personal sanitario Detección de los pacientes de riesgo y diagnóstico de los ya sensibilizados Manejo seguro de estos pacientes Establecer una actividad pedagógica dentro de su entorno familiar Reconocer el problema de la sensibilización al látex del propio personal sanitario

Lecciones aprendidas.

Necesidad de trabajar conjuntamente y en colaboración con otros estamentos del hospital (Comisión hospitalaria de alergia al látex) para aprovechar la experiencia de profesionales implicados en el tema. Necesidad de manejar con productos exentos de látex a pacientes que necesiten procedimientos invasivos frecuentes en Urgencias de Pediatría.

C-745

INTERCONSULTAS DE ENFERMERÍA

DE DIEGO FURNIER, MARGARITA; BARROSO GUTIERREZ, CARMEN; SORIANO BLANCO, MANUELA; GARCÍA NIETO, ALEJANDRO Y PRIETO GUERRERO, MARIGROS.
H.U.V. Macarena

Palabras Clave: Interconsultas, Enfermería, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.

La interconsulta de enfermería es una iniciativa puesta en marcha desde la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario VirgenMacarena y Área, dirigida a todos los profesionales de enfermería con la pretensión de incorporar una nueva herramienta de trabajo y desarrollar acciones de mejora en los cuidados prestados.

Descripción del problema/necesidades.

La interconsulta cumple una función muy importante para la atención del paciente hospitalizado, siendo éste un recurso mediante el cual el profesional pide la supervisión y el consejo de otro profesional con mayor experiencia en beneficio de los usuarios, profesionales y la propia institución.

Las interconsultas de enfermería fomenta la relación entre los diferentes servicios asistenciales hospitalarios, mejorando la calidad asistencial mediante las aportaciones de enfermeras con mayor experiencia en determinadas áreas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se forma un grupo de trabajo para la elaboración del protocolo de las soluciones aportadas interconsultas de enfermería.

Adaptación del registro existente por la Comisión de documentación clínica.

Elaboración de la guía de cumplimentación del registro.

Se establece un circuito de actuación con representación gráfica mediante diagrama de flujo.

Se constituye una cartera de servicios inicial en la que se irá incorporando propuestas según necesidades.

Difusión mediante sesiones de enfermería.

Resultados obtenidos.

Actualmente en fase de pilotaje, en el cual se pretende medir el número de interconsultas realizadas por unidades, así como diferenciadas según las necesidades de petición.

Tras el pilotaje se realizará una encuesta a los profesionales de enfermería con la pretensión de conocer sus propuestas, valorarlas e implementarlas, así como conocer la utilidad de dicha herramienta.

Publicación de los resultados en las Unidades

Lecciones aprendidas.

Esta iniciativa hace posible la interconexión de los profesionales de enfermería en la mejora de calidad asistencial.

A través de las peticiones de consultas a enfermeras expertas, por parte de la enfermera responsable del paciente, se obtiene un beneficio para el usuario, para los profesionales y la propia institución, consiguiéndose cuidados más seguros.

C-746

¿REALMENTE INFORMAN LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO?

J.E. CALLE; P. PARRA; R. GOMIS; A. MÁS; C. ARELLANO Y Y. FONSECA.
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE MURCIA

Palabras Clave: Consentimiento informado, calidad, seguridad del paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA) de Murcia, en colaboración con Dirección General Asistencial (DGA) y gerencias de los 9 hospitales generales del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Descripción del problema/necesidades.
El problema detectado fue la baja calidad en el diseño y legibilidad de los Documentos de Consentimiento Informado (DCI) en los hospitales del SMS. Se evaluó la calidad formal y legibilidad de todos los modelos de DCI que estaban en vigor en el año 2007, mediante la utilización de 20 criterios de calidad y varios indicadores (% DCI excluidos, % documentos con palabras erróneas o siglas, tamaño de letra y % DCI con la palabra INSALUD y/o expresión “19__”).

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto fue llevado a cabo de septiembre de 2007 a enero de 2009 y contó con las siguientes fases: diseño del proyecto en la SGCA, petición de los DCI en vigor a las gerencias de los centros por parte de la DGA del SMS, realización del trabajo de campo (1 enfermera y 1 médico de la SGCA), análisis de los datos y elaboración del Informe con los resultados (3 médicos de la SGCA), envío del Informe Final a los gerentes y coordinadores de calidad de los hospitales.

Resultados obtenidos.
Fueron eliminados el 15% de los DCI recibidos al no cumplir los criterios de inclusión. El número de DCI finalmente valorados fue 1425 y oscilaba por centros entre 39 y 351. El promedio de defectos por DCI fue 8,6. El 58% de los incumplimientos se acumulaba en 6 de los 20 criterios analizados. Se trataba del C20 (legibilidad), C13 (presencia de contraindicaciones), C10 (presencia de consecuencias), C19 (entrega de copia), C15 (declaración de haber comprendido y aclarado dudas) y C14 (presencia de alternativas). El porcentaje de documentos con palabras erróneas o siglas fue del 13,6 y 9,9%. El tamaño medio de letra de los DCI fue 9,7. Gran cantidad de documentos contenían todavía la palabra “INSALUD” y/o la expresión “19__” (mil novecientos).

Lecciones aprendidas.
Existe un amplio margen para la mejora en la calidad formal y legibilidad de los DCI centrado, sobre todo, en los criterios relacionados con la información específica que el paciente debe recibir. La inexistencia de sistemas de registro de los DCI impide conocer con exactitud cual es el número total de los que están siendo utilizados. Se recomienda normalizar el formato de los DCI, su redacción utilizando frases cortas y directas así como palabras cortas y sencillas y un tamaño de letra 12, eliminar las palabras erróneas, reducir el uso de siglas, establecer sistemas de registro de los mismos y actualizarlos periódicamente.

C-747

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL DE CRUCES

LATORRE GUISASOLA, M.; SAN SEBASTIÁN DOMINGUEZ, JA; OMAETXEBARRIA LEGARRA, E; LABAYEN BERAZA, F Y FIGUERO ECHEVERRIA, Mª PUY.
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Fármacos, Gestión, Seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se desarrolla en el Hospital de Cruces, un hospital general perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de asistencia sanitaria pública especializada a una comarca de 370.000 personas, así como al resto de la Comunidad Autónoma Vasca y otras Comunidades autónomas en los servicios de referencia

Descripción del problema/necesidades.
Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios es una estrategia básica del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Hospital de Cruces, a través de la Subdirección de Calidad Asistencial de Osakidetza, ha sido invitado a participar en la segunda fase de este estudio, para lo que hemos reunido un grupo de trabajo con el fin de cumplimentar el cuestionario de autoevaluación.

Desarrollo y soluciones aportadas.
1.Equipo de trabajo con los Servicios de Farmacia, Medicina Interna, Neumología, Cirugía General y UCI de adultos, la Unidad de Calidad y equipo directivo 2.Cada miembro del equipo revisa el documento completo antes de la primera reunión de trabajo con el objetivo de conocer el cuestionario y agilizar el proceso 3.Mediante seis reuniones de dos horas de duración, el equipo discute cada uno de los puntos de evaluación y valora su grado de implantación en el hospital. 4.El cuestionario es el utilizado por el ISMP 5.Se utilizaron cinco criterios de priorización: factibilidad, coste, alcanzable en poco tiempo, sencillo e impacto en la seguridad del paciente

Resultados obtenidos.
Mediante la tabla de priorización, se fueron puntuando cada una de las áreas de mejora seleccionadas, buscándose el consenso entre los miembros en todo momento. Las áreas de mejora con puntuación más alta fueron: 1.Codificar como obligatorio el campo informático de registro adecuado de las alergias del paciente 2.Sistemas de protección de flujo libre en todos los equipos de administración utilizados con bombas de infusión 3.Utilización de campANA de flujo laminar en los servicios de farmacia donde se preparan mezclas intravenosas 4.Uso de técnicas asépticas por el personal de farmacia que trabaja en un área aislada para preparación de mezclas intravenosas 5.No se maneja directamente productos orales sin envasar

Lecciones aprendidas.
1.La priorización permite ordenar de manera objetiva y lógica una serie de áreas de mejora, de manera que su abordaje se realice de manera más eficiente. 2.Estamos poco habituados a utilizar herramientas de priorización 3.Tenemos capacidad de alcanzar consensos mediante la argumentación en equipos de reflexión

C-748

IMPLANTACIÓN DE UNA POLÍTICA DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES ORALES

CASTAÑO LÓPEZ, M.; SAN JOSE RUIZ, B.; GIL LEMUS, M.A. Y GONZÁLEZ MARTÍN, U..
HOSPITAL DE CRUCES

Palabras Clave: Error, Administración, Jeringa, Oral.

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se realizó en el Hospital de Cruces (Vizcaya), por el Servicio de Farmacia en colaboración con la Dirección de Enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
Tras la administración intravenosa de una solución oral de hierro a un problema/ lactante se realizó un Análisis de Causa Raíz. Se decidió implantar una necesidades política de administración de soluciones orales empleando únicamente
jeringas orales. La imposibilidad de acoplar jeringas orales a cualquier sistema de administración parenteral aumenta la seguridad de los pacientes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El Servicio de Farmacia, con la colaboración de la Dirección de Enfermería, dio instrucciones para el uso exclusivo de jeringas orales. Se revisó la política de compras de jeringas orales, la política de administración de medicamentos a través de sondas enterales y el acondicionamiento de los medicamentos formulados como soluciones orales. Este proyecto fue llevado a cabo por farmacéuticos, con la colaboración de la enfermería. La difusión del proyecto se realizó a través de las supervisoras. Inicialmente se realizó un proceso educativo sobre el uso exclusivo de jeringas orales. Se normalizó el suministró de jeringas orales a todas las unidades de enfermería. Se realizó un análisis de los problemas generados por el uso de dichas jeringas en la práctica diaria.
Resultados obtenidos.
La utilización de jeringas orales fue posible en el 44,4% de los medicamentos en forma de solución oral presentes en el hospital. En un 5,6 % de los medicamentos era posible utilizar jeringa oral, pero su acoplamiento al envase del medicamento era dificultoso. En el 50% de los medicamentos (n=27) la solución debió transferirse a un recipiente previo a su dosificación mediante jeringa oral, la presentación de alguno de ellos era en forma de vial (Carnicor®) o de ampolla (Hidroferol® solución, Colme® gotas). Durante el estudio se detectó la necesidad de adquirir un adaptador que posibilitara una correcta conexión entre las jeringas orales y las sondas enterales.
Lecciones aprendidas.
Aunque a priori no parecía difícil la implantación de una política de seguridad en la administración de soluciones orales mediante el empleo de jeringas orales, en la práctica vimos que no siempre es posible o fácil la utilización de dichas jeringas: bien porque el acondicionamiento del medicamento hace imposible el empleo de jeringas orales, o bien por la necesidad de un adaptador para un acoplamiento correcto con la sonda enteral. La existencia en el mercado de medicamentos formulados como soluciones orales y acondicionados como viales o ampollas, lo que genera errores graves en la vía de administración.

C-749

ERRORES IMPUTABLES AL PERIODO PREANALÍTICO EN MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA. PRIMEROS RESULTADOS

SERRANO CEPAS, MC; TORRES MONTERO, MD.; LÓPEZ LEÓN, A.; JIMÉNEZ RUIZ, M.; ROMERO RUIZ, A. y BOATELLA CUMPIÁN, L..
CENTRO DE SALUD DE ALHAURIN EL GRANDE DON FCO BURGOS

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Preanalítica, Errores, Muestras.

RESUMEN

Contexto de partida.
La primera fase del trabajo se realizó en el laboratorio del hospital virgen de la victoria, donde se detectaron y cuantificaron errores en las muestras analíticas procedentes de los centros de atención primaria.
Detectado el origen de estos errores se diseñan intervenciones con los profesionales implicados en el proceso preanalítico: auxiliares de enfermería, enfermeras y técnicos de laboratorio.
Descripción del problema/necesidades.
La presencia de errores en las muestras de laboratorio provoca habitualmente el rechazo de estas con las consiguientes molestias para el usuario. En otras ocasiones esta anomalía puede pasar desapercibida y originar errores diagnósticos. Minimizar en lo posible estos errores conllevaría una mejora tanto de la seguridad como de la satisfacción de los pacientes así como una mayor eficiencia en el uso de lor recursos y una mejora en la competencia de los profesionales.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseña un estudio descriptivo transversal de corte analítico. Análisis del número, distribución y tipo de errores correspondientes a 51.661 Muestras procedentes de los centros de salud (análisis clínicos, bioquímicaclínica, hematología, microbiología y farmacología clínica) durante los meses de octubre y noviembre de 2007. Durante el año 2008 se ha realizado un ciclo completo de 27 sesiones formativas en todos los centros de salud que proporcionan muestras para su análisis al laboratorio del hospital universitario virgen de la victoria. Dichas intervenciones se reforzaron con material didáctico y protocolos de actuación.
Resultados obtenidos.
De las 51.661 Muestras recibidas se detectaron 3965 errores (7.67%). Por tipo de error: 1844 por falta de muestra (fm) 1408 por muestra hemolizada (mh) 391 muestra coagulada (mc) 109 volumen incorrecto de muestra (vim) 213 otros las muestras de orina fueron 18852 con 1567 muestras rechazadas (8.31%).El resultado de la intervención educativa fue que 115 profesionales recibieron formación específica sobre como mejorar la práctica clínica en la toma de muestra con un índice de satisfacción de 8.5.
Lecciones aprendidas.
En nuestra práctica clínica diaria existen determinadas actuaciones que por rutinarias no están exentas de mejora y formación.
La comunicación interniveles hospital-atención primaria es fundamental en todos los ámbitos.
La necesidad de unificar criterios entre todos los profesionales. La detección de un problema debe implicar la búsqueda de soluciones, que garantice la calidad de nuestras actuaciones

C-750

CUESTIONARIO PREOPERATORIO: IMPLANTACIÓN EN UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN PROCESOS DE BAJO RIESGO

ARANCE GARCÍA, M; DOCOBO DURANTEZ, F; PÉREZ TORRES, MC; NAVARRO GARCÍA, MV; MARTÍNGIL PARRA, R Y VALERA LÓPEZ, R.
HOSTITAL DUQUES DEL INFANTADO

Palabras Clave: Cuestionario, “Cirugia Ambulatoria”, “Evaluacion Preoperatoria”

RESUMEN

Contexto de partida.

En la unidad de CMA del Hospital Duques del Infantado se elabora e implanta un cuestionario preoperatorio para pacientes que requieren procedimientos bajo anestesia local o local con vigilancia anestésica.

Implica a personal sanitario y a los pacientes a intervenir

Descripción del problema/necesidades.

Las demandas de la población al Sistema Nacional de Salud exige esfuerzos para satisfacerlas en condiciones de seguridad y calidad y optima gestión de recursos. Los procedimientos con anestesia local en régimen de CMA son considerados de “bajo riesgo”, pero la edad avanzada y la patología concomitante de los pacientes precisa evaluación preanestésica. La consulta preanestésica rutinaria supone un consumo de recursos innecesario. Los cuestionarios preoperatorios parecen tener igual efectividad, en estos casos, que los estudios realizados por facultativos.

Con el Cuestionario Preoperatorio pretendemos seleccionar los pacientes que deben ser vistos en consulta de preanestesia en cirugía de bajo riesgo

Desarrollo y soluciones aportadas.

Entre el Servicio de Cirugía y de Anestesia se elabora un Cuestionario soluciones aportadas preoperatorio. En la consulta de cirugía se da a conocer al paciente, quien lo cumplimentará. La señalización de determinadas respuestas implica evaluación preoperatoria. El cuestionario se presentó al personal de Area Quirúrgica y Area de Consultas mediante sesión clínica.

Despues comparamos los registros de pacientes intervenidos antes y después de su implantación. Obtuvimos retrospectivamente los datos de seis meses y se compararan con datos obtenidos prospectivamente en un mismo periodo de tiempo. Comparamos suspensiones quirúrgicas, ingresos y complicaciones postoperatorias

Resultados obtenidos.

Entre abril y septiembre de 2008 se programaron 383 pacientes para intervenirse bajo anestesia local o local con vigilancia con 19 suspensiones, 4’9%. Diez, un 52,6% podrían evitarse con el cuestionario preoperatorio. No hubo complicaciones relevantes ni ingresos. Desde que se implantó el cuestionario en abril del 2009 se han programado 163 intervenciones de estas características con 6 suspensiones, 3’6%. Una de ellas evitable por el cuestionario, 16,6%.

No registramos complicaciones ni ingresos. Hay un descenso de la incidencia de suspensiones aunque no son datos definitivos debido al poco tiempo desde la implantación del cuestionario.

Lecciones aprendidas.

La evaluación preoperatoria de los pacientes de CMA mejora los indicadores de calidad y no siempre precisa consulta preanestésica. Existen medidas eficaces para seleccionar los pacientes que deben ser vistos por un anestesista en cirugía de bajo riesgo

C-751

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN HIGIENE DE MANOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y CUIDADORES DE RESIDENCIAS DE MAYORES

CORPAS MOYANO MD; FAROUK ALLAM M; JURADO RUIZ I; MOLINA LUQUE A; RUIZ COBO J Y CABALLERO LANZAS JM.
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA SUR

Palabras Clave: Intervención educativa, Higiene de manos

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en centos de salud y residencias del ámbito asistencial del Distrito Sanitario Córdoba Sur por profesionales sanitarios.

Descripción del problema/necesidades.

La OMS, en una publicación reciente, considera la higiene de manos la problema/ piedra angular para prevenir, controlar y evitar la diseminación de necesidades patógenos. Dentro de la Estrategia de la Seguridad del paciente uno de los objetivos prioritarios es la prevención de la infección secundaria a la asistencia. Se pretende evaluar el impacto de una intervención educativa para los profesionales de 2 centros de salud y cuidadores de 2 residencias de mayores del ámbito asistencial del Distrito.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se elaboró un Plan formativo de 2 sesiones de 2 horas de duración cada una con un intervalo de 3 semanas. Se impartió a 45 profesionales sanitarios de centros de salud y 25 profesionales sanitarios y cuidadores de las residencias de mayores. Se dispensó un cuestionario de seguimiento con preguntas que monitorizaban la adherencia a prácticas seguras según riesgo, las barreras y el consumo de solución hidroalcohólica.

Resultados obtenidos.

Resultados obtenidos de la encuesta

- La adherencia a las prácticas seguras de los profesionales encuestados ha sido:

1.Práctica de alto riesgo: Centro de Salud 80%, Residencia 93%
2.Práctica riesgo medio : Centro de Salud 56%, Residencia 66,6%
3.Práctica bajo riesgo: Centro de Salud 51%, Residencia 73,3%

- Consumo solución por profesionales : Centro Salud 76%, Residencia 53%
- Barrera detectada como falta de tiempo , presión asistencial de los profesionales : Centro Salud 51%, Residencia 46%

Lecciones aprendidas.

Recomendaciones: Nuestro Plan formativo ha sido positivo en el seguimiento a prácticas seguras pero son necesarias otras medidas de refuerzo para mejorar y difundir la adherencia a las mismas a lo largo del tiempo.

C-752

ANÁLISIS DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN RELACIONADOS CON LA TERAPIA ONCO-HEMATOLÓGICA NOTIFICADOS EN EL HOSPITAL

TERRÓN CUADRADO, M; ORTIZ OTERO, MªM; GARCÍA GIL, M; CASTELLANOS CLEMENTE, Y; FARFÁN SEDANO, FJ Y SERRANO BALAZOTE, P.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Errores de Medicación, Notificación, Quimioterapia

RESUMEN

Contexto de partida.
La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del Hospital (UFGR) evalúa periódicamente los errores de medicación (EM) notificados. En este trabajo se han analizado los errores relacionados con la medicación Onco-hematológica.
Descripción del problema/necesidades.
EM es todo incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. En el ámbito de la quimioterapia, los EM pueden tener consecuencias fatales por su estrecho margen terapéutico. Además, la dosis a administrar de los agentes neoplásicos varía en función de la patología, la vía y forma de administración, y el uso de terapia de rescate. Se dificulta más el empleo de estos fármacos por la complejidad creciente de los esquemas de quimioterapia (que incluyen antieméticos, factores estimulantes de colonias, ansiolíticos). Este escenario contribuye a que los regímenes de quimioterapia conlleven un elevado riesgo. Se decidió, analizar las causas y los tipos de error de los EM notificados relacionados con la quimioterapia.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La UFGR evalúa periódicamente los EM notificados. Su registro se lleva a cabo en el Servicio de Farmacia en formato electrónico, lo cual facilita su análisis posterior (clasificando los errores por causa, tipo, etapa en la que se producen, dónde se detectan, si alcanzan o no al paciente).
Resultados obtenidos.
Desde junio-2007 a diciembre-2008 se notificaron 75 EM, de los cuales 18 (24%) estaban relacionados con la quimioterapia. El tipo de error notificado con mayor frecuencia fue el error en la dosis (6 EM, 33,33%), seguido de los errores en la elaboración o manipulación y en la frecuencia de administración (4 EM/ 22,22%), la selección inapropiada del medicamento (3 EM/ 16,67%) y el cumplimiento por el paciente (1 EM/ 5,56%). La causa más fecuente fue la falta de cumplimiento de los procedimientos de trabajo establecidos y la categoría de otros (situación de emergencia, falta de procedimientos normalizados,…) en el 44,44% (8 EM en cada categoría), el resto fueron debidos a problemas en la interpretación (2 EM/ 11,11%). Sólo en 2 casos el EM llegó al paciente, sin producirle daño (11,11%) y en 1 de los EM notificados, el paciente requirió hospitalización.
Lecciones aprendidas.
La preocupación por la seguridad de la terapia antineoplásica nos ha llevado a rediseñar el circuito de utilización de estos fármacos
aplicando las soluciones proporcionadas por las TIC. En un primer lugar, se ha implantado la prescripción electrónica en Hospital de Día y, en una segunda fase, se implantará la confirmación de la administración mediante la tecnología de radiofrecuencia.

C-753

LISTADO DE VERIFICACIÓN EN LA SALA DE RECUPERACIÓN DE URGENCIAS

SANTOS JIMENEZ, JUAN CARLOS; DE DIEGO FURNIER, MARGARITA; DE CASTRO JIMENEZ, FRANCISCO; ARELLANO BRAVO, EDUARDO; RIVERA FERNÁNDEZ, CARLOS Y PRIETO GUERRERO, MARIGROS.
Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras Clave: Listado De Chequeo, Recuperación, Seguridad, Enfermería

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena se confecciona un listado de chequeo cumplimentado por los profesionales de enfermería para la evaluación del cumplimento de estándares de buenas prácticas en la sala de recuperación.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo de éste proyecto es identificar las situaciones de riesgo contando con una herramienta de medición y evaluación, mejorar la Seguridad del paciente, proponer e incorporar estrategias de mejora cuando éste indicador así lo identifique e implicar a los profesionales de enfermería, mediante la cumplimentación rutinaria del registro, en la mejora de la Calidad Asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Diseño de un indicador de monitorización con el objetivo de identificar soluciones aportadas problemas o situaciones susceptibles de mejora.
Elaboración de un registro de revisión diaria que incluye: carro de paradas, monitor desfibrilador, maletín de trasporte adulto y pediátrico, material fungible (14 ítems), comprobación y existencia de aparataje (16 ítems) y observaciones.
Puesta en marcha en abril con cumplimentación diaria por parte de la enfermera y auxiliar de enfermería y entrega al supervisor de enfermería con comunicación de los incidentes.
Resultados obtenidos.
-Análisis cuantitativo: o69 registros entregados.
Cumplimentación al 100%.
oDetección de incidentes en cuanto a existencia: 2% de fungibles y aparataje.
-Resolución del problema en el 100% de los casos.
-En el 98% de los registros se reflejan observaciones, en la mayoría referentes a la medicación repuesta.
-Implicación de los profesionales en la resolución de problemas con indicación en las observaciones de lo realizado.
Lecciones aprendidas.
La cumplimentación de un registro que compruebe tanto la existencia como el funcionamiento de las instalaciones de la sala de recuperación permite implementar mejoras y soluciones, implicando a los profesionales en la Seguridad del paciente.
Aunque la detección de incidentes es mínima, es suficiente para monitorizar, medir y hacer un seguimiento del indicador diseñado, incorporando estrategias de mejora cuando así se identifiquen.

C-754

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS: DOS AÑOS DE TRAYECTORIA

LÓPEZ PALACIOS, S.; DIAZ LÓPEZ, Y.; LÓPEZ GÓMEZ, C. ; IZQUIERDO PALOMARES, JM.; ALEJO BRÚ, N. Y DE ÁNDRES RUBIO, JI. .
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA7 DE MADRID

Palabras Clave: Riesgos Sanitarios, Unidad Funcional, Notificaciones

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo es el resultado de las actuaciones de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) de una Gerencia de Atención Primaria.
Descripción del problema/necesidades.
La UFGR es una estructura periférica, en el Área, del Observatorio Regional. Los objetivos para los años 2007/2008 fueron: difundir la cultura de Gestión de Riesgos Sanitarios (GRS) a profesionales ypacientes del Área, establecer un sistema de notificación de incidentes y accidentes, identificar situaciones de riesgo a través de las reclamaciones, evaluar y tratar los riesgos y/o efectos adversos identificados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La UFGR ha realizado las siguientes actividades: formación a Coordinadores, Responsables de Enfermería, Jefes de UNAD, Responsables de Calidad y de URM de los EAP y Comisiones Clínicas. Formación de los profesionales de los centros a cargo de los Responsables de Calidad y URM de los EAP.
Elaboración de una estrategia de difusión a usuarios de los folletos informativos sobre GRS. Puesta en marcha en el Área de un sistema de notificación de incidentes/efectos adversos accesible a todos los profesionales en lahistoria clínica electrónica (OMI-AP) y Portal Corporativo del Área. Definición de un procedimiento de identificación de GRS a través de las reclamaciones. Análisis de las notificaciones y definición de acciones preventivas, en las reuniones trimestrales de la UFGR mediante un procedimiento de actuación.
Resultados obtenidos.
Se ha formado a 314 profesionales. Se han analizado 70 notificaciones de incidentes. Se creó un acceso directo en el Portal Corporativo que incluye las hojas de notificación y manuales de ayuda, e información sobre alertas farmacológicas y prácticas seguras. Se elaboró un procedimiento de difusión de alertas farmacológicas y prácticas seguras. Se creó en 2008 una publicación “Vistazo farmacoterápeútico” que incluye una sección de GR, editándose 8 en el año. Se han elaborado 4 procedimientos para minimizar el riesgo. Se han implantado dos proyectos de mejora (manejo de úlceras y atención a polimedicados). Se ha definido el procedimiento de inclusión automática de resultados en OMI-AP realizando un análisis previo del riesgo con un AMFE. Se han realizado 8 actuaciones en infraestructuras derivadas de las notificaciones.
Lecciones aprendidas.
La puesta en marcha de la UFGR ha permitido impulsar la gestión deriesgos sanitarios en el Área, difundiendo la cultura de seguridad en los profesionales, elaborando procedimientos para minimizar riesgos y diseñando procesos más seguros y sensibilizar a los profesionales de su imprescindible participación.

C-755

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LEDO VARELA, MT.* Y VEGAS MIGUEL, A..
HOSPITAL UNIVERSITARIO

Palabras Clave: Alergi, latex, seguridad, Plan de actuación

RESUMEN

Contexto de partida.
El grupo de trabajo se promovió desde la Unidad de Calidad (UC) y el servicio de Alergología (SA) del H.U. Río Hortega. Destaca la óptima situación en que nos encontrábamos para introducir cambios y fomentar una mejor calidad asistencial, debido al traslado del hospital a instalaciones más modernas y con mejores dotaciones
Descripción del problema/necesidades.
El grupo de trabajo surgió de la necesidad de consensuar actuaciones ante un paciente alérgico al látex (PAA). La “Guía de Atención al PAA” de la Junta de Castilla-León se adaptó al contexto real del hospital. Era preciso que los trabajadores del hospital conocieran y consensuaran actuaciones ante un PAA, así como definir claramente los productos exentos de látex. Con esta guía, conseguimos una atención más segura para el paciente. La prevalencia de PAA no es muy elevada en Valladolid, sin embargo, las consecuencias de un mal manejo pueden ser tan graves, que la elaboración/implementación de una guía era imprescindible
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para conseguir unas directrices adaptadas al contexto del hospital, se contó con la colaboración de todas las áreas y grupos profesionales del hospital. Se redactó un primer borrador desde la UC y el SA. Posteriormente, se convocó a representantes de cada área para su crítica. En una tercera fase, tras un periodo donde se aportaron correcciones y opiniones, se convoco nuevamente al grupo, para la aprobación definitiva de la guía. Se implementó un sistema de registro en formato electrónico para que desde la Hª Clínica se pudieran recoger los casos existentes y luego valorar los resultados. Este mismo documento electrónico permitía recordar las actuaciones que debían realizar los profesionales mediante un listado de actuaciones (checklist). Al estar implicados todos los grupos y contar con el apoyo de la Dirección, la difusión fue sencilla
Resultados obtenidos.
La valoración de esta experiencia es muy positiva, en dos aspectos: porque se obtuvo como resultado una guía actualizada de recomendaciones para tratar a cualquier paciente en un entorno seguro, y porque fue una excelente ocasión de comunicación interdepartamental, donde se llegó a un acuerdo consensuado por las áreas del hospital
Lecciones aprendidas.
Crear un grupo de trabajo fue muy enriquecedor, pues todos se sintieron incluidos en la toma de decisiones. Destaca el liderazgo de la UC, y la no imposición de sus criterios: todos consensuaron las decisiones. Contar con una representación lo mas amplia posible de los grupos profesionales es crucial para obtener un entorno mas seguro para el paciente, y así conseguir una mayor calidad asistencial

C-756

ATENCIÓN ENFERMERA EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ARELLANO BRAVO, EDUARDO; SANTOS JIMENEZ, JUAN CARLOS; DE DIEGO FURNIER, MARGARITA; SALAS RUIZ, OLIVA; RIVERA FERNÁNDEZ, CARLOS Y PRIETO GUERRERO, MARIGROS.
Hospital Universitario Virgen Macarena

Palabras Clave: Cuidados, Seguridad, Enfermera, Sala De Espera.

RESUMEN

Contexto de partida.
Desde la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen Macarena se plantea cómo prioritario dar una respuesta adecuada a las demandas y necesidades que de forma habitual ocasionan tanto el paciente como la familia, a su paso por el Servicio de Urgencias de nuestro centro hospitalario.
Para este fin, y tras la última remodelación arquitectónica llevada a cabo en el Área de Consultas de Urgencias, se apuesta por la presencia en la Sala de Espera de profesionales referentes, que palien en gran medida aquellas deficiencias detectadas tanto por parte de pacientes y familia, como por parte de los propios profesionales; y que contribuya a un aumento del grado de satisfacción de todos.
Descripción del problema/necesidades.
Son muchos los factores que concurren en una Sala de Espera de problema/ Urgencias que hacen que la estancia en ellas se viva de forma necesidades incomoda, inquieta, incluso conflictiva. Para paliarlo, los profesionales de enfermería referentes tendrán en su cartera de servicio:
Realizar la recepción y acogida del paciente a su llegada al Servicio de Urgencias.
Ofrecer una asistencia integral, personalizada y de calidad al paciente y familia.
Disminuir la sensación de inseguridad que provoca la estancia en el Servicio de Urgencias de un centro hospitalario.
Garantizar la Continuidad Asistencial durante la estancia en Sala de Espera.
Gestionar el tiempo de espera en el Área de Consultas.
Favorecer la comodidad e intimidad de los pacientes.
Gestionar la información necesaria requerida por el paciente y familia en relación con su proceso.
Desarrollo y - Habilitación de Sala de Espera con un control central de forma soluciones aportadas circular.
- Dotación y cobertura: 1Enfermera, 1Auxiliar de enfermería y 2-3 celadores diariamente y de forma permanente de 10,00 a 22,00h
Resultados obtenidos.
Después de la implantación de este modelo, presentamos los resultados de un año:
- Se atiende a todos los pacientes y familiares desde la entrada de las consultas de medicina interna.
- La edad media: 50- 65 años.
- la tipología de los pacientes: pluripatológicos con gran nivel de dependencia
- Disminución del número de reclamaciones
- Mayor satisfacción de usuarios y cuidadores
Lecciones aprendidas.
A la vista de los resultados y de los objetivos planteados, estamos bastante satisfechos por los logros obtenidos basados en indicadores de calidad tipo: accesibilidad del usuario, satisfacción de los usuarios y los profesionales, y seguridad del paciente.

C-757

RESULTADOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN ALMAYOR POLIMEDICADO (PAPMP).

LÓPEZ PALACIOS, S.; IZQUIERDO PALOMARES,JM ; GARCÍA PARDO, RM.; GÓMEZ PESQUERA, C.; ARROYO MOGOLLON, J. Y ESTEVEZ MUÑOZ, JC.
GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA7 DE MADRID

Palabras Clave: Polimedicado, Polifarmacia, Farmacos en Mayores.

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se pone en marcha en el Área 7 de Atención Primaria de Madrid. Intervienen las direcciones asistenciales, servicio de farmacia y sistemas de información, responsables de PAPMP y de Uso Racional de Medicamento de los EAP y farmacéuticos de Oficinas de Farmacia (OF)
Descripción del problema/necesidades.
La mejora de la atención a los mayores es una de las prioridades problema/ asistenciales en el Área. Suelen estar afectados por enfermedades necesidades crónicas, en las que es fundamental una prestación farmacéutica de calidad. La polimedicación es un factor que se asocia a un mayor nº de hospitalizaciones, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. En 2006 se inicia el PAPMP, la cobertura en 2006 y 2007 (0,41% y 19%) fue mala y se decide poner en marcha el Proyecto
Desarrollo y soluciones aportadas.
Con el objetivo de incrementar la cobertura, mejorar la atención a los mayores polimedicados y revisar las actividades de seguimiento, elaboramos una estrategia que contempla intervenciones a corto, medio y largo plazo con el fin de alcanzar al menos la cobertura de Madrid Algunas de las actividades estratégicas fueron:
•Devolución de resultados con informes a los equipos
•Obtención de listados de población > 75 años con 6 o más fármacos activos (tto crónico) y que no cumplen el DGP de inclusión, por centro y CIAS
•Inclusión de flash en OMI en > 75 años
•Mejoras en OMI: campos de acción e inclusión del DGP en el Patrón 1
•Sesiones formativas en equipos cuyas coberturas fueron son bajas
•Elaboración guía de bolsillo de fármacos BEER, presentada en los equipos
•Inclusión en Contrato de Gestión 2008 y Cuadro de Mando
•Colaboración con farmacéuticos de OF
•Insistir en las distintas comisiones y grupos de trabajo del área
•Artículo sobre fármacos BEER en el Boletín Farmacoterapeutico
Resultados obtenidos.
A los 5 meses (marzo de 2008) los resultados fueron 64,8%, superando en más de 10 puntos la meta (44,1%). La cobertura en el 2008 obtiene un resultado del 94,3%,3er lugar en Madrid
Lecciones aprendidas.
Siendo la cobertura buena surge la necesidad de seguir insistiendo en actividades claves de seguimiento: revisión de tratamientos y revisión del uso de medicamentos, además de seguir insistiendo en la adecuación de fármacos seguros en los mayores. La puesta en marcha del proyecto implica la realización de "buenas prácticas" con nuestros mayores. Cualquier actuación o experiencia implantada, basada en un proyecto de mejora con planificación específica, responde de forma satisfactoria a una problemática importante, la seguridad de los mayores, evitando efectos adversos por inadecuada utilización de fármacos

C-758

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA ALJARAFE, SEVILLA.

TARILONTE DELGADO MA.; RODRÍGUEZ QUECEDO J.; PASCUAL DE LA PISA, B. Y CUBEROS FERNÁNDEZ VM.
DISTRITO SANITARIO ALJARAFE.

Palabras Clave: Seguridad del paciente, cultura de seguridad.

RESUMEN

Contexto de partida.
Para conocer la cultura sobre seguridad del paciente (SP), el Distrito Sanitario de Atención Primaria Aljarafe (Sevilla) planteó un estudio descriptivo sobre cuestionario autoadministrado a médicos y enfermeras, en colaboración con Osakidetza.

Descripción del problema/necesidades.
La formación de los profesionales sanitarios se han centrado tradicionalmente en el fomento de habilidades clínicas, en detrimentos del trabajo en equipo, la cultura de mejora continua y la gestión de riesgos. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud plantea la promoción de cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Utilizamos la versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): cuestionario autoadministrado que recoge las opiniones sobre temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro. Muestreo consecutivo.

Resultados obtenidos.
Se recibieron 194 cuestionarios (66,49% médicos y 33,51% enfermeros). El 96,39% son profesionales asistenciales. El 50% consideran aceptable la valoración general sobre SP de su unidad. El 58,76% conocen los procedimientos para notificar efectos adversos: el 68% no han notificado ninguno en los últimos 12 meses. Fortalezas detectadas: El 75,26% valoran positivamente a su superior por atender los problemas de SP; el 89,42% opinan que el personal setrata con respecto. Áreas de mejora detectadas: El 52,85% de los encuestados opinan que la SP se ve comprometida por la presión asistencial; el 81,77% opinan que es insuficiente el personal para afrontar la carga de trabajo; el 50% opinan que el personal en la unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente; el 85,94% opinan que frecuentemente, se trabaja bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.

Lecciones aprendidas.
Consideramos que explorar la cultura de seguridad en los profesionales sanitarios es un primer paso para promocionarla. La percepción de nuestros profesionales sobre la seguridad en el Distrito es aceptable, aunque hay que revisar las cuestiones organizativas relacionadas con las carga de trabajo ya que la literatura evidencia una relación directa con la seguridad del paciente.

C-759

SERVINET, UNA APLICACIÓN INFORMATICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO CLINICO

MÉRIDA DE LA TORRE, FJ; MORENO CAMPOY, EE; BEL PEÑA, N; MARINÉ CATASUS, J; ENGUIX ARMADA, A Y PÉREZ SANTOS, MJ.
A.G.S. Serranía de Málaga

Palabras Clave: Seguridad Paciente, Laboratorio Clínico, Aplicación Informática

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se ha desarrollado en la UGC de Laboratorio Clínico del Area de Gestión Sanitaria de la Serranía de Málaga. En su desarrollo han participado en el mismo, personal del laboratorio, responsable de seguridad del paciente y responsable informático de Siemens Health Diagnostics, proveedor del sistema informático de laboratorio.

Descripción del problema/necesidades.

Nuestro Laboratorio Clínico, pertenece a un Hospital comarcal, y como tal, se encuentra limitado para la realización de determinadas pruebas que nos solicitan cotidianamente nuestros profesionales. Por ello, y para dar respuesta a esas analíticas solicitadas, contamos con la colaboración de un Laboratorio de Referencia. Para la realización del análisis correspondiente, se remitían a dicho centro una alícuota de la muestra y copia de la petición en papel, para que, una vez recibida, fuese introducida en el sistema informático del laboratorio del hospital de referencia. Una vez procesada la muestra, los resultados analíticos se recibían en nuestro laboratorio en formato papel que posteriormente se introducían en nuestro sistema informático a mano. Esta trascripción de datos aumentaba considerablemente la posibilidad de error, además del tiempo de trabajo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el análisis de situación de seguridad del paciente en el laboratorio, se detectó éste como uno de los problemas. El responsable del Laboratorio junto con el responsable informático de SHD, diseñaron una pasarela de comunicación entre los dos sistemas de información de laboratorio para evitar la remisión del datos en formato papel. Se estimó unos cuatro meses para el diseño, desarrollo e implantación. Se informó al personal del laboratorio de la marcha del proyecto, así como de la puesta en marcha.

Resultados obtenidos.

Desde la implantación del sistema de comunicación, únicamente se remite la muestra al hospital de referencia. Toda la información, tanto en un sentido como en otro, va vía informática, eliminandose por tanto el error de trascripción. Los resultados de las muestras analizadas, se recuperan directamente del hospital de referencia a través de la misma aplicación reduciéndose igualmente el tiempo en la emisión de resultados, ya que la disponibilidad de los resultados en destino es la misma que en origen.

Lecciones aprendidas.

Existen soluciones tecnológicas asequibles económicamente que contribuyen a la mejora de la seguridad del paciente, evitando errores humanos como son los problemas de trascripción. Y capaces de minimizar los efectos que la distancia o la dispersión suponen para determinados centros sanitarios.

C-760

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

JIMENEZ MENDEZ, L; DOMINGUEZ MORALES, C; PRIETO GUERRERO, M; PANTOJA BENITEZ, J.M.; RISUEÑO JIMENEZ, J Y ROMAN LUNA, B.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Seguridad Proceso Cancer Colorrectal

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el Hospital Virgen macarena, en el Ala B de Cirujía General de la planta 3ª. Los profesionales implicados fueron personal de la planta y Jefe de Bloque

Descripción del problema/necesidades.

La atención sanitaria regulada por los procesos asistenciales, como por problema/ ejemplo el del Cáncer Colorrectal, puede presentar riesgos para la necesidades seguridad del paciente. Se trata de analizar el proceso para identificar dichas situaciones de riesgos y así actuar aumentando el nivel de seguridad en el paciente. Se realizó una revisión bibliográfica del proceso en cuestión

Desarrollo y soluciones aportadas.

Análisis integral del proceso desde su inicio hasta su fin, identificando las situaciones de riesgo del proceso. El proyecto se difundió en seminarios formativos en la Unidad a todos los componentes de la misma

Resultados obtenidos.

Concienciación del personal en cuanto a la detección de situaciones de riesgo para el paciente y aplicación de medidas correctoras. Se han detectado riesgos para el paciente a nivel de :

- identificación en la gestión del ingreso otraslado
- adminidtración de medicamentos o hemoterapia -infraestructuras: mobiliario, camas
- iatrogénicas: caídas, infección nosocomial...

Lecciones aprendidas.

En todos los procesos existen situaciones de riesgo para el paciente. El primer paso para minimizar ese riesgo es detectar dichas situaciones y poder erstablecer medidas correctoras.

C-761

PESO DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DENTRO DEL CUADRO DE MANDO DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON

DEL OSO MORÁN, J.; ANTÓN RIERA, J.; ARTIGAS LAGE, M. Y PÉREZ-COMPANY, P..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

Palabras Clave: Seguridad, Paciente, Indicadores, Monitorización, Gestión

RESUMEN

Contexto de partida
Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Descripción del problema/necesidades.
El programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" promueve un enfoque de prioridad para profesionales e instituciones. Es necesario que el Cuadro de Mando (CM) de la Dirección de Enfermería refleje la monitorización de los objetivos de seguridad del paciente así como su potenciación a través de un sistema de Dirección por Objetivos (DPO) incentivada.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto recoge y estudia el peso que los objetivos e indicadores de seguridad tienen en el CM general y en el de todas las Unidades Funcionales de Enfermería y en los objetivos DPO tanto grupales como individuales de todo el personal que depende jerárquicamente de la Dirección de Enfermería correspondientes a los años 2008 y 2009. Estos objetivos incentivados (Complemento de productividad variable) sobre la base de la dirección por objetivos (DPO) fue puesta en marcha el año 2007 por el Institut Català de la Salut.
Resultados obtenidos.
En el año 2009 el número de indicadores de seguridad del paciente utilizados en los Cuadros de Mando que se han pactado en las Unidades es de 21 sobre un total de 126 indicadores. De éstos, 15 indicadores están entre los 30 primeros en número de Unidades en las que están monitorizados, y de ellos hay 6 entre los 10 primeros. El 20,24% (2008) y 27,52% (2009) del total de monitorizaciones de indicadores/objetivos asignados a DPO grupales corresponden a la seguridad del paciente. Mientras que dentro de los indicadores/objetivos individuales asignados a las DPO, sólo el 0,29% en 2008 frente a un 2,97% el año 2009 del total de monitorizaciones de objetivos, corresponden a la seguridad del paciente.
Lecciones aprendidas.
Los Cuadros de Mando deben reflejar la seguridad como línea prioritaria que puede y debe ser incluida directamente y de forma exhaustiva en ellos. Dentro de los objetivos DPO la gran diferencia existente entre el peso en seguridad que reflejan los objetivos grupales i los individuales puede explicarse por la dificultad de monitorizar estos indicadores de forma individual.

C-762

REDISEÑO DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL DOLOR POSTOPERATORIO VINCULADO A LA APERTURA DE UNA UNIDAD DE DOLOR

HERNÁNDEZ BORGES, AA.; MESA DEL CASTILLO PAYÁ, C.; PÉREZ HERNÁNDEZ, J.; TORRES GONZÁLEZ, G.; JIMÉNEZ SOSA, A. Y GONZÁLEZ MIRANDA, F..
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Palabras Clave: Dolor Postoperatorio, Gestión de Procesos

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital Universitario Público, unidad de dolor agudo y área quirúrgica. Grupo de trabajo multidisciplinario (medicina, enfermería, farmacia)
Descripción del problema/necesidades.
En 2008 se creó la Unidad de Dolor Agudo (UDA) de nuestro hospital. Durante la evaluación del grado de satisfacción con el tratamiento recibido para su dolor postoperatorio, se detectó que nuestros pacientes no estaban adecuadamente controlados, reflejado por Escala Visual Analógica en rangos > 4 (EVA, escala 0-10). Se planteó por ello una iniciativa de mejora que sirviera como base a la implantación de gestión de procesos en la nueva UDA
Desarrollo y soluciones aportadas.
El control del dolor fue evaluado por encuesta (muestra aleatoria de 40 pacientes en su ingreso postoperatorio entre primeros 100 ingresos habidos en febrero de 2008). Un 53% de los pacientes comunicaron dolor moderado o severo en las primeras 24 horas de postoperatorio (EVA > 4). Se planteó un proyecto de rediseño de la atención al dolor agudo postoperatorio en 8 meses. Diseño del proceso (3 meses): en base a trabajos con un grupo multidisciplinarios se identificaron las actividades y responsables que configuran la atención al dolor agudo postoperatorio (DAP), los procedimientos documentados que requería y sus criterios de calidad. De esta fase resultó el diagramado y consenso del grupo sobre el proceso, y la documentación del mismo (8 procedimientos y 2 registros). Divulgación (2 meses) del propio diseño y de conocimientos científico-técnicos, sobre todo el registro del dolor, su tratamiento precoz y el uso de mórficos en ciertas técnicas. Esta labor se pilotó en las pacientes de oncoginecología tras dos meses de funcionamiento
Resultados obtenidos.
Tras la implantación de los cambios se obtuvieron menores valores medios de EVA en las primeras 24 horas de postoperatorio ($p<0.01$), menor dolor en reposo ($p<0.001$) y en movimiento ($p<0.01$), mayor grado de satisfacción de los pacientes ($p<0.001$), así como menor tiempo de espera para recibir bolos de analgésicos solicitados ($p<0.05$). Los errores de calidad ocurridos respecto a los criterios "recibir información preoperatoria", "evaluar el dolor precozmente", "control eficaz y precoz del dolor" y "control de náuseas y vómitos", disminuyeron globalmente en un 40%
Lecciones aprendidas.
La introducción de una nueva unidad favoreció la mejora de un proceso multidepartamental y multidisciplinario como el control del dolor postoperatorio, a la vez que facilitó la consolidación de un nuevo servicio dentro del hospital como es la UDA

C-763

CONCORDANCIA ENTRE LA IDENTIFICACION DE ALERGIAS EN HISTORIA CLINICA, PRESCRIPCION Y PULSERA IDENTIFICATIVA.

LÓPEZ-FE MORENO JOSÉ LUIS; GARCÍA GARCÍA ANGEL; GARCÍA ASUERO CATALINA; LÓPEZ CARLOS; VILCHES LOZANO MANUEL Y GÓMEZ CAMACHO EDUARDO.
Hospital

Palabras Clave: Identificación, pulseras, concordancia, alergias, medicamentos,
seguridad

RESUMEN

Contexto de partida.
En la Unidad de Continuidad ASistencial (UCA) del H. "El Tomillar" del área hospitalaria de Valme de Sevilla. Presta atención sanitaria a pacientes frágiles, pluripatológicos y de cuidados paliativos (oncológicos y no oncológicos). El grupo de Seguridad de la unidad, de carácter multidisciplinar.
Descripción del problema/necesidades.
La identificación y comprobación de alergias (fundamentalmente a medicamentos, látex y contrastes yodados) constituye un procedimiento rutinario a cumplimentar en la historia clínica, prescripción y valoración enfermera. Con el estudio queríamos conocer la concordancia existente entre las tres fuentes de información.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Mediante estudio transversal realizado un día en el mes de Febrero de 2009, en los que los miembros del grupo de seguridad comprobaron:1) informe médico al ingreso y valoración inicial de enfermería 2) identificación de alergias en programa de prescripción electrónica 3) comprobación visual de la pulsera en la muñeca del paciente (roja para los alérgicos, blanca para los no alérgicos).
Resultados obtenidos.
Los resultados del cortefueron: se incluyeron 55 pacientes. Once (20%) de los pacientes no llevaban pulsera identificativa. El nº de pacientes con alergias identificadas fue de 4 (7,2%). Un paciente con intolerancia a fármaco (no alergia) llevaba pulsera roja. No hubo ningún paciente con alergias no registradas en la anamnesis médica ni en la valoración de enfermería. El nº de pacientes alérgicos no registrados en la prescripción electrónica fue de 2 (3,81%). Tras conocer los datos, se están realizando sesiones para concienciar a los profesionales de la necesidad de investigar correctamente los antecedentes alérgicos en pacientes frágiles, e identificarlos correctamente tanto en los pacientes como en su documentación.
Lecciones aprendidas.
Existen discrepancias entre la información recogida en la doumentación del paciente, incluída prescripción electrónica, y en la identificación de los pacientes con alergias mediante pulseras rojas. La mayoría de los problemas están relacionados con el deterioro de las pulseras o la pérdida de las mismas durante la hospitalización y el escaso conocimiento del programa electrónico y sus opciones. Para minimizar estas situaciones, se ha incluído en el plan de acogida a los pacientes información que nos permita recabar su colaboración en esta materia de seguridad.

C-764

ERRORES DE MEDICACIÓN. PLAN DE ACCIÓN ¿PARA QUE SIRVE LA IMPLANTACIÓN DE UN DOCUMENTO DE NOTIFICACIÓN?

MARTÍNEZ DE LA PEÑA, MªJ ; CARRERA GOULA, R; VIVET FERRER, RMª; PÉREZ OLLER, L Y VALLS MONTAL, C.
Consorci Hospitalari de Vic

Palabras Clave: seguridad paciente, errores medicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Incluidos en el programa de seguridad del paciente, los errores de medicación constituyen uno de los principales efectos adversos que pueden producirse durante el ingreso hospitalario. Declarar los efectos adversos relacionados con los medicamentos y realizar observación directa durante la administración y preparación de la medicación, ayudan a detectar acciones de mejora.
Descripción del problema/necesidades.
Analizar la implantación del documento: "Errores de medicación. Plan de acción".
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el mes de junio del año 2008 se implantó el procedimiento "Errores de medicación. Plan de acción", y se empezó con la dinámica de comunicación confidencial de incidentes relacionados con el uso de medicamentos. Revisión por el grupo de prevención de errores de medicación.
Se iniciaron los cortes trimestrales de observación directa en 4 plantas de hospitalización y en 10 pacientes, elegidos aleatoriamente, valorándose los parámetros de correcta administración de medicamentos (horario, vía, etc). Se creó un grupo de prevención de errores de medicación (técnicos de terapéutica y riesgos, y farmacéutica), para analizar los resultados y proponer acciones de mejora.
Resultados obtenidos.
Comunicación confidencial de incidentes relacionados con el uso de medicamentos: 2º semestre 2008 →20 1er trimestre 2009→15
Comunicación des de farmacia de errores en la dispensación de los carros unidosis
2º SEMESTRE 2008 → 0.72% (MEDIANA POR CARRO 1.61 ERRORES)
1ER TRIMESTRE 2009 →1.04% (MEDIANA POR CARRO 2.42 ERRORES)
Observación directa:
2º semestre 2008→ errores de preparación 11.1% (135 fármacos preparados / 15 errores). Errores de administración 0%.
1er trimestre 2009→ errores de preparación 4.5% (110 fármacos preparados / 5 errores).
Lecciones aprendidas.
El profesional toma conciencia de comunicar los incidentes relacionados con el uso de medicamentos Mejora activa de los resultados, con la revisión diaria de todos los carros de unidosis en el servicio de farmacia, cuando hasta el momento era 1 carro aleatorio.
Información de temas relacionados con el uso de medicamentos mediante la pizarra virtual del centro (información / formación).
Buena participación de los profesionales y interés sobre el tema de seguridad del paciente.

C-765

ACUERDOS INTERNIVELES; COMISIÓN DE CUIDADOS MATERNO-INFANTIL

JOSE CARLOS HABAS PÉREZ; ENMA GÓMEZ DE TEJADA; MATILDE OSUNA CORREDERA; PILAR BOBADILLA PEREA; JOSEFA ESPINACO GARRIDO Y JUAN MANUEL PÉREZ DEL VOLLAR.
HUVMacarena

Palabras Clave: Coordinación, embarazo parto puerperio, consenso

RESUMEN

Contexto de partida.

La Comisión de Cuidados Virgen Macarena, estructurada en dos niveles de competencia: estratégico y operativo, tiene como objetivo de carácter general la planificación, seguimiento, y evaluación de todas aquellas acciones que se pongan en marcha a fin de asegurar el logro de la continuidad y coordinación de los cuidados de enfermería entre ambos niveles asistenciales.
Se crea en 2007, integrada por matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería de ambos niveles asistenciales

Descripción del problema/necesidades.

Se trabaja para organizar el intercambio efectivo de información necesario para la implantación del proceso asistencial de Embarazo- necesidades Parto-Puerperio (EPP), así como desarrollar la coordinación que facilitara la accesibilidad de nuestras pacientes a nuestros centros asistenciales, simplificara su paso por el sistema, mejorase la seguridad clínica del todo el proceso y, finalmente, lograra la implicación activa de los profesionales en el proceso.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Análisis de situación del proceso, implantación y seguimiento de los soluciones aportadas objetivos marcados en el Contrato Programa.
Revisión de los procedimientos de coordinación: lactancia materna, preparación al parto, información sobre donaciones de progenitores hematopoyéticos. Analgesia epidural.
Actualización de las prácticas profesionales (EBE) y consenso interniveles: uso de los antisépticos apropiados para la cura de cordón (Clorhexidrina vs Alcohol 70º).
Estudio e implantación de estrategias de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud

Resultados obtenidos.

Revisión del proceso EPP Consenso con ginecólogos del área respecto a las citas a partir de la 36 semANA de gestación y realización de las curvas de sobrecarga de glucemia.
Revisión y organización de una jornada de difusión y actualización de cuidados relacionados con la analgesia epidural.
Presentación y difusión del proyecto de elaboración de una Buena Práctica en el fomento de la Lactancia materna.
Establecimiento de la participación en el proyecto de los profesionales.
Creación de un circuito y un registro para la continuidad en el fomento y en la resolución de problemas en la lactancia materna.
Presentación del programa de donación de progenitores hematopoyécticos.
Establecimiento de un circuito entre primaria y especializada para la captación

Lecciones aprendidas.

La constitución y puesta en marcha de esta comisión nos ha permitido mejorar la seguridad de las pacientes incluidas en el Proceso EPP, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, poner en marcha los acuerdos tomados, entre ambos niveles asistenciales,(APrimaria-
AHospitalaria)

C-766

ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UNA MANERA INTEGRAL

URRUTIA JOHANSSON,I; IBARRA HERNÁNDEZ, I; GUERRA ZALDUA,N; RUIZ ECHEVARRIA, M.A; ZUAZO OCAMICA, I Y DARPON SIERRA, J.
HOSPITAL DE BASURTO

Palabras Clave: Seguridad, Medicamento, Infeccion, Gestion Integral

RESUMEN

Contexto de partida.

Tuvo sus inicios en 1981 con la creación de los 1ºs Comisiones y equipos de mejora consolidándose en el año 2009.
Actualmente integra 8 Comisiones participación de 74 profesionales y a 4 Equipos de Mejora (30profesionales) y 15 equipos de procesos asistenciales (150 profesionales) Representan al 90% de los Servicios del Hospital donde la Dirección tiene un papel activo y fundamental atendiendo al impacto y despliegue de las estrategias marcadas

Descripción del problema/necesidades.

A medida que el hospital ha ido reformulando y adaptando su política problema/ de seguridad atendiendo sobre todo a las recomendaciones de la OMS necesidades (2004) y del Ministerio de Sanidad (2005) se han ido desarrollando indicadores de control de la seguridad del paciente (fármacos, RCP, infección nosocomial, Ulceras...) lo que han permitido iniciar las mediciones y constituir Comisiones y equipos de Mejora que trabajaran en su análisis y establecimiento de acciones de mejora (equipo de Sintrom, de Insulinas, Constitución de la Comisión para la Seguridad Farmacoterapéutica, equipo seguridad quirófano,

Desarrollo y soluciones aportadas.

1981- 2004Constitución 1ªsComisiones con impacto en la seguridad del paciente: Farmacia, RCP, PVPCIN… pero se trabaja de una manera aislada. No se disponen indicadores de seguridad del paciente integrados y no se difunden iniciativas que se decidían acometer. 2005-2006revisión Política de Seguridad paciente atendiendo a recomendaciones marcadas por la OMS, estudio ENEAS .Revisión de indicadores del PE, y se despliegan a los procesos. 2007Constitución 3 nuevas Comisiones: Seguridad Medicamento, Transfusiones y UPP. 2007/ 2008 3 equipos de mejora seguridad medicamento Sintrom Insulinas 2009:Seguridad Quirófano: el Equipo Checkquir, sistemática verificación quirófanos y Bacteriemias ZERO

Resultados obtenidos.

Incidencia IN 6,32 en 06 a 4,80 en 08 Formación en lavado de Manos900 profesionales; Técnicas de Sondaje, actualización protocolos, proyecto de Bacteriemias Zero Implantación de un sistema de notificación incidentes, Decálogo Medicación, Abreviaturas. Incremento 150% la notificación de “errores de medicación”, Formación a 400 profesionales UPP 06: 1,46% a 1,29% 08. formación 900 prof, automatización registros, uso ácidos grasos

Lecciones aprendidas.

La seguridad del paciente debe de abordarse como una línea estratégica, desde un enfoque integral.Se debe de promover a través de la participación de equipos multidisciplinares , la formación y la sensibilización continua.Cada iniciativa que se planifica, se implanta, se realiza un seguimiento y se difunde es como una gota de agua que va calando la organización.

C-767

COORDINACIÓN HOSPITAL-ATENCION PRIMARIA EN ANTICOAGULADOS.ANÁLISIS DE INCIDENTES Y DESARROLLO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

MARTÍN-CARRILLO DOMÍNGUEZ,P. ; ORTIZ OTERO,MM. ; GORDILLO DE LA CRUZ,T. ; RAMOS DÍAZ,C.; GARCÍA PUENTE,E. Y FARFÁN SEDANO,A..
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 9 MADRID

Palabras Clave: Anticoagulació oral, Seguridad, Coordinación, APHospital, Análisis, incidentes.

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital Universitario y Área sanitaria de referencia.Servicio Público de Salud.Participan Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGRS) de Atención Primaria (AP) y Hospital de referencia (HR).Médico Familia, Enfermera AP;Responsables de Calidad AP y HR;Médico Internista;Preventivista,Enfermera HR

Descripción del problema/necesidades.

Actuó sobre la Coordinación y continuidad asistencial de pacientes en TTº anticoagulante oral (TAO) atendidos por HR y AP. Mejoró seguridad en continuidad asistencial de pacientes TAO, se corrigieron Factores Contribuyentes (FC) y causales de incidentes de seguridad.A través de 2 incidentes notificados en AP se investigó causas subyacentes y FC.
Entrevistas a profesionales implicados en incidentes (de AP y HR).Creación grupo de trabajo multidisciplinar ad-hoc (tormenta de ideas), elaboración de tabla cronológica de acontecimientos. Análisis causa–raíz de incidentes (espina de pescado) y análisis de barreras.Análisis retrospectivo pacientes TAO y alta hospitalaria en 2008

Desarrollo y soluciones aportadas.

Áreas de mejora priorizadas: Revisión Protocolo de coordinación TAO soluciones aportadas AP-HR (Serv Hematología, Medic.Interna y AP) Incremento de EPS sobre TAO en alta. Revisión material entregado a pacientes TAO.
Inclusión indicaciones individualizadas para seguimiento TAO en informes alta enfermeria. Inclusión en el proceso de Hospitalización nuevo protocolo coordinación TAO.Implicados: Serv Hematología:Hematólogo, enfermera de hematología;Medic.Interna:Jefe de Servicio, médicos y enfermeras; Responsable de Calidad de AP y HR; Medico de Familia, Residente de MFYC y enfermera de AP. Difusión en sesiones clínicas a médicos y enfermeras de HR y AP. Fases:1-Creación grupo de trabajo multidisciplina AP HR;2-Revisión del protocolo TAO;3-Difusión del protocolo en los Servicios relacionados;4-Elaboración material informativo sobre TAO para pacientes ingresados;5-Difusión material elaborado en servicios implicados;6-Análisis pacientes con TAO y alta hospitalaria en 2009 y valorar la coordinación

Resultados obtenidos.

Análisis de Hª Cª pacientes TAO y alta hospitalaria en 2009. Satisfacción de profesionales implicados

Lecciones aprendidas.

La coordinación adecuada entre AP-HR facilita la identificación de Factores C y causales de incidentes de continuidad asistencial.Un grupo de trabajo multidisciplinar y con participación de ambos niveles asistenciales permite armonizar acciones de mejora en la continuidad asistencial, la seguridad del paciente e incrementar la cultura y el adiestramiento de herramientas de calidad y seguridad del paciente entre los profesionales implicados

C-768

IMPLANTACION DE CIRCUITO DE NOTIFICACION DE INTERCAMBIO TERAPEUTICO DE LA FARMACOTERAPIA DE PACIENTES INGRESADOS

CANO CUENCA, N; VALLADOLID WALSH, A; ORTIZ NAVARRO, M.R.; MOYA GIL, A; LERMA GAUDE, V* Y HERNÁNDEZ SANSALVADOR, M.
COMPLEJO HOSP UNIV. ALBACETE Y HOSP GEN. VILLARROBLEDO

Palabras Clave: Intercambio Terapeutico, Farmacoterapia.

RESUMEN

Contexto de partida.

Trabajo desarrollado en el Servicio de Farmacia (SF) de un hospital terciario de 200 camas que, diariam ente, realiza la validación farmacéutica y dispensación a pacientes ingresados del tratamiento farmacoterapéutico. Personal implicado: enfermeras, médicos y farmacéuticos

Descripción del problema/necesidades.

En el hospital existe un Programa de Equivalentes Terapéuticos, con los principios activos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT) susceptibles de sustitución desde el SF. Anteriormente se notificaba la sustitución por escrito a la enfermera, quien la incluía en la historia clínica del paciente (HC) e informaba al médico responsable. En marzo de 2009 observamos que sólo un 25,5% de las intervenciones eran reflejadas en la HC y todas las notificaciones eran devueltas al SF en los cajetines

Desarrollo y soluciones aportadas.

Tras reunirnos con los Supervisores de Enfermería, se optó por enviar la notificación a un punto de cada planta y que la Supervisora la adjuntara a la HC del paciente, aparte de la copia del cajetín. Así, el personal de enfermería y facultativo recibirían la notificación. Se informó del circuito al resto de facultativos del SF y al personal de cada unidad. Se centralizó un punto de impresión por unidad y durante una semANA se comprobó vía telefónica que la notificación llegaba correctamente. Durante un mes, se enviaron las notificaciones, comprobando hasta el alta del paciente si la hoja de tratamiento era modificada por el médico y/o quedaban registradas en la HC

Resultados obtenidos.

Durante este mes, se registraron los datos identificativos del paciente, Servicio Clínico, fármaco prescrito no incluido en GFT, grupo terapéutico y si había modificación de la orden médica tras la intervención. Se realizaron 63 intervenciones, pertenecientes a 51 pacientes. Un 33,3% eran reflejadas en la hoja de tratamiento, frente al 25,5% del estudio previo. El 66,7% seguían sin registrarse, pero con la nueva medida, el 100% quedaba en la HC del paciente, asegurando que la historia farmacoterapéutica es más completa. Aún así la prescripción médica sigue sin ajustarse a la realidad del tratamiento

Lecciones aprendidas.

Implicar a otros integrantes del circuito ha permitido un mayor grado de colaboración. Aún así médico prescriptor no ha sido suficientemente informado ni motivado. Reevaluar periódicamente los circuitos es necesario para adecuarlos a nuevas situaciones, además, herramientas como la prescripción electrónica, pueden solventar estos problemas

C-769

MEJORA NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y MANEJO DE FILTROS PARA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

Corbalan Dólera, C.; Rodríguez Murcia, A. ; Sáez Soto, A.R. y Iniesta Sánchez,J..
H.G.U REINA SOFÍA

Palabras Clave: Hemoderivados, Filtros, Seguridad, Conocmientos

RESUMEN

Contexto de partida.

H.G.U. Reina Sofía. Enfermeras de hospitalización, UCI, Reanimación, Quirófano, CMA, Hospital de Día Médico, Urgencias y banco de sangre

Descripción del problema/necesidades.

El uso correcto de filtros de transfusión garantiza la seguridad de problema/ pacientes y profesionales, se perciben dificultades en el manejo de necesidades filtros, que pueden estar relacionadas con conocimientos de profesionales sobre tipos de filtros, suministro y dónde consultar, surge así una oportunidad de mejora OBJETIVOS Determinar nivel de conocimientos de profesionales de enfermería sobre filtros de transfusión, suministrador y documento de consulta Mejorar el nivel de conocimientos a través de acciones de mejora

Desarrollo y soluciones aportadas.

1ª Evaluación Indicador: La enfermera conoce filtros, suministrador y documento de consulta Criterios: La enfermera conoce: C1 Los sistemas de transfusión utilizados en su servicio C2 Dónde se almacenan los sistemas de transfusión en su servicio C3 La existencia de otros sistemas de transfusión C4 Dónde se suministran C5 Donde consultar dudas con el filtro a utilizar Dimensión: Accesibilidad. Calidad Científico Técnica Tipos datos: Estructura/Proceso Unidad estudio: Enfermeras de hospitalización, UCI, Reanimación, Quirófano, CMA, Hospital Día Médico, Urgencias Fuentes de datos: profesionales. Identificación y muestreo: Entrevista a profesionales de hospitalización, UCI, Reanimación, Quirófano, CMA, Hospital Día Médico, Urgencias Tipo de evaluación: Interna. Observación directa.

Resultados obtenidos.

Acciones de mejora: Diseño y elaboración de póster sobre uso, indicaciones, tipos y lugar de suministro. Sesión a Supervisores para presentación de póster, asiste enfermera de cada unidad, 40 asistentes Entrega a supervisor de un para colocar en control de enfermería y otro en archivo de la unidad. Entrega Supervisor: Guía de Transfusión del Hospital Sesiones unidades de aplicación realizadas: 12. Asistentes a las Sesiones en las Unidades: 89. Total de asistentes: 129 Seguimiento por Supervisora de Laboratorio y enfermero de Banco de sangre RESULTADOS 1ª Evaluación: 109 profesionales. 2ª Evaluación: 101 profesionales C1: de 98% a 99%, C2: 95% en ambas, C3: de 58% a 93% ($p<0,001$), C4: de 73% a 86% ($p<0,05$), C5: de 15% a 50%($p<0,001$), Indicador: de 9% a 44% ($p<0,001$)

Lecciones aprendidas.

Partimos de un nivel conocimientos bajo de filtros de transfusión, suministrador y documento de consulta, las acciones de mejora han mejorado el nivel de conocimientos y accesibilidad a los documentos, es necesario continuar implementando estas medidas para favorecer el manejo seguro de los equipos de transfusión

C-770

¿SON MÁS FÁCILES DE ENTENDER LAS IMÁGENES QUE LAS PALABRAS? OTRA FORMA DE HACER COMUNICACIÓN.

SALCEDO GÓMEZ, A; PAEZ VALLE, R; MANCHA PARRILLA, ML; BAYONA GARCÍA, M Y ORTEGA TUDELA, G.
Distrito Sanitario Costa del Sol

Palabras Clave: Higiene Manos, Seguridad Paciente, Atencion Primaria

RESUMEN

Contexto de partida.

Un derecho básico de los ciudadanos es el acceso a la atención sanitaria. Un tema que se trata desde hace mucho tiempo en el SSPA es el de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Atención Primaria se recoge la difusión de las prácticas seguras, no sólo entre los profesionales, sino también entre los ciudadanos.

Descripción del problema/necesidades.

Por eso la Comisión de Seguridad del Paciente del Distrito Sanitario Costa del Sol decide llevar a cabo una estrategia de Promoción de higiene de manos no sólo entre los pacientes y cuidadoras, si no también ahora en Guarderías de la zona. Esta estrategia ser realiza: a) formando al personal de las guarderías en cuanto a higiene de manos; b)crear una cultura de higiene de manos, a través de imágenes, que facilitan la comunicación y su transmisión.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para ello se crea tras reunión de la Comisión de Seguridad del Distrito un panel informativo para personal de guardería. Es un panel sencillo y con imágenes, que facilitan su comprensión. El panel se divide en dos partes: a) técnica adecuada de lavado de manos; b) cuándo lavarse.

Resultados obtenidos.

Creación del panel informativo para poder difundirlo entre las guarderías de la zona, fomentando la higiene de manos. El reparto de estos paneles lleva incluido charla informativa al personal de guardería, mostrando la mascota (ya creada con anterioridad) y talleres prácticos en los centros, así como el aprendizaje por parte de los niños de esta estrategia.

Lecciones aprendidas.

Esta metodología utilizada, con imágenes, de forma sencilla, hace que sea más asimilable la información. La información que queremos dar debe ser sencilla y útil, y utilizar un método que haga fácil el recuerdo del conocimiento adquirido. Para los niños es muy fácil relacionar la imagen de la mascota con el lavado de manos

C-771

LAS PRÁCTICAS SEGURAS SALVAN VIDAS: EL CHECKQUIR DEL HOSPITAL DE BASURTO

URRUTIA JOHANSSON,I; DULANTO ZABALA, D; DARPON SIERRA,J; GUERRA ZALDUA, N; RUIZ ECHEVARRIA, A Y IBARRA HERNÁNDEZ, K. HOSPITAL DE BASURTO

Palabras Clave: Seguridad Quirófano, Lista Verificación, OMS

RESUMEN

Contexto de partida.

Análisis interno de un equipo de cirujanos, en los que se analizan indicadores y variables asociados a la seguridad de las intervenciones quirúrgicas. Prácticas – muchas veces de rutina- pero en las que intervienen diversas variables (paciente, procedimiento a realizar y profesionales implicados en quirófano) , las cuales es preciso controlar en todo momento a objeto de asegurar la efectividad de la intervención en las condiciones de máxima seguridad.

Descripción del problema/necesidades.

Revisión Políticas de Seguridad del paciente que define la OMS y se identifica una práctica, que desde el 2006 se ha potenciado en los hospitales americanos y del norte de Europa, publicándose buenos resultados. Bernchmarking con un Hospital estatal. Seguridad del Paciente, como líneas estratégicas del Ministerio de Sanidad, de Osakidetza y del propio Hospital de Basurto. Evitar en definitiva eventos adversos evitables en las intervenciones quirúrgicas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

2008: Análisis de los indicadores del PE del Hospital y su despliegue al proceso de HOSPITALIZACIÓN--> indicador “seguridad quirúrgica”, realizado por parte de un equipo cirujanos y anestesistas.

2009:Análisis de buenas prácticas a nivel mundial y estatal. y Benchmarking con un Hospital estatal Priorización de iniciativas (valoración coste y efectividad)Selección del proyecto CHECK QUIR: “CHECK LIST DE VERIFICACIÓNPARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA” Constitución de un equipo de trabajo 15 profesi (anestesistas, traumatólogos, cirujanos, ginecólogos, enfermería “instrumentista”…” Piloto en 4 Quirófanos Validación del Checkquir (tanto del check list como de la sistemática organizativa del mismo) Despliegue y formación a la totalidad del Hospital (400 prof)

Resultados obtenidos.

-Optimización de los tiempos de quirófano -Disminución de riesgos o eventos adversos “no controlados” -disminución de infección hospitalaria -disminución de estancia hospitalaria -mejora de la comunicación interprofesional -reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costes significativos.

Eficiencia:costes asociados a complicaciones quirúrgicas// reducción estancias

Lecciones aprendidas.

Cambio organizativo en las intervenciones quirúrgicas, fomentando y registrando de manera activa “todas las variables implicadas ” en garantizar la máxima seguridad y efectividad quirúrgica y reducir los eventos adversos evitables Mejora la cooedinación y comunicación Da al paciente un papel activo “último eslabón para evitar un posible error” “Sencillo pero Seguro”

C-772

LATIGAZO CERVICAL...¿RX CERVICAL?

ROMERO PASTOR M J; REINA NICOLAS I M; TUDELA DE GEA M B; GUILLÉN TORREGROSA M D; CASTAÑO L Y ALCARAZ MARTÍNEZ J . HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Traumatología, Urgencias, Cervicalgia

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se ha realizado por médicos adjuntos y residentes del Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer.

Descripción del problema/necesidades.

El dolor cervical tras accidente de tráfico es la segunda causa de consulta traumatológica en urgencias. No hay un consenso de actuación y queríamos saber cómo se estaba atendiendo a estos pacientes en nuestro servicio. Se realizó una búsqueda bibliográfica para acordar que parámetros debíamos buscar en los informes de alta.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se revisaron todos los informes de urgencias de Marzo de 2009, analizando aquellas con diagnóstico de cervicalgia postraumática. En ellas se tomaron datos de la clínica, exploración, pruebas complementarias y tratamiento.

Resultados obtenidos.

Se analizaron 125 casos. De ellos el 53,6% eran hombres y el 46,4% restante mujeres. La edad media era de 35,9 años con una desviación típica de 13,9. De ellos, el 52 ±8,7% fueron atendidos por residentes. El 44 ±8,7% de los casos acudieron a las pocas horas del accidente, el 48 ±8,8% pasadas las primeras 24 horas y el 8±4,7% restante, pasada una semana. El síntoma principal fue dolor en el 92,44±4,7%, seguido del mareo en el 11,7±6,7%. En la exploración, el signo más frecuentemente encontrado fue la contractura en el 40,5±9,3% de casos. En el 93,6±4,8% se realizó radiografía, no encontrando fractura en ninguna de ellas. En cuanto al tratamiento, en el 99,2±1,5% se pautó analgesia, en el 78,23±7,2% miorelajantes y en el 63,2±8,4% calor. En ningún caso se pautó frío local. En 11 casos (8,8±4,9%) se colocó un collarín cervical, siendo este pautado por adjuntos en 10 de los 11 casos ($p<0,01$). No se ha evidenciado relación entre resultados de exploración y realización de radiografía o tratamiento pautado.

Lecciones aprendidas.

Se podría reducir el uso de radiografía innecesaria atendiendo a los resultados de la exploración y sería conveniente poner en marcha un protocolo de actuación ante esta patología tan frecuente.

C-773

PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN TRAUMATISMOS NO INGRESADOS. REEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO.

LILLO GARCÍA I.; IZQUIERDO ROS M.T.; MARTÍNEZ JIMENEZ E.M.; SOLER FERRERÍA D.C.; NIETO CABALLERO S. Y MONZÓ NUÑEZ E..
Hospital Morales Meseguer

Palabras Clave: Enfermedad tromboembólica. HBPM. Traumatología. Urgencias. Profilaxis

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se ha realizado por médicos adjuntos y residentes del Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer.
Descripción del problema/necesidades.
En diciembre de 2008 y enero de este año se realizó un muestreo de 130 casos de pacientes atendidos en este servicio para evaluar el cumplimiento del protocolo de profilaxis de enfermedad tromboembólica (ETE) para pacientes con traumatismos en extremidad inferior. Los resultados de este muestreo demostraban un cumplimiento mejorable y que suponía un riesgo de seguridad, al aumentar el riesgo de fenómenos tromboembólicos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
En abril del 2009 se realizó una charla informativa para los médicos residentes del servicio de urgencias del hospital y se les entregó, a cada uno, una tarjeta con las indicaciones de la dicha profilaxis. Además se colocaron carteles con las indicaciones en los boxes de traumatología. Posteriormente se realizó un segundo muestreo de características similares al anterior. Como fuente de datos se tomó el archivo de asistidos en urgencias y se tomaron datos sobre existencia o no de fractura, factores de riesgo para ETE y tipo de inmovilización. Con estos datos se evaluó la indicación de profilaxis según el protocolo existente comparándolo con el tratamiento pautado.
Resultados obtenidos.
Las dos muestras, de 130 casos y 106 respectivamente no mostraban diferencias significativas en cuanto a factores de riesgo y a tipo de inmovilización pautada. En el primer muestreo, el 28,7%±7,8 tenían indicación de profilaxis y en el en el segundo el 24,3%±8,3. En estos pacientes con indicación se pautó heparina correctamente en el 48,6%±8,6 en el estudio previo y en el 44%±19,4 en el segundo. En los pacientes sin indicación de profilaxis, se trataron correctamente en el 84,8%±6.2 y en el 92.3%±5,9 respectivamente. De los 13 casos con fractura, 6 llevaron profilaxis. A diferencia del estudio previo a la intervención en el que 9 de los 10 casos con fractura recibieron HBPM. El cumplimiento global del protocolo fue correcto en el 74,4%±7,5 de casos en el estudio previo y en el 80,58, sin que la diferencia fuese estadísticamente significativa p>0,05).
Lecciones aprendidas.
Debemos llevar a cabo nuevas intervenciones sobre todo el personal de urgencias para mejorara nuestro manejo de estos pacientes. Dada la escasa asistencia a la charla informativa, habría que diseñar otras intervenciones.

C-774

ADECUACIÓN DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN NACIONAL, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE. PRIMEROS RESULTADOS

CANTÓN BULNES, ML.; ARENZANA SEISDEDOS, A. Y GUZMÁN VALENCIA, T..
HUV MACARENA

Palabras Clave: Bacteriemia, Catéter, Infección Nosocomial.

RESUMEN

Contexto de partida.
Basándonos en la evidencia científica, se comenzó en una unidad de cuidados intensivos (UCI), un programa educacional dirigido a médicos, enfermería y auxiliares.
Descripción del problema/necesidades.
Las infecciones nosocomiales constituyen un grave problema en todas problema/ las instituciones sanitarias, al llevar aparejadas un aumento de necesidades morbimortalidad, recursos utilizados y estancia hospitalaria.
Estrategias para su prevención, constituyen hoy día un gran desafío en la práctica clínica.
Con la puesta en marcha de este programa, se pretende reducir la incidencia de bacteriemia relacionada con catéter venoso central (CVC)
a menos de 4 episodios por 1000 días de CVC.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Creamos un grupo formado por personal médico y de enfermería, encargado de la puesta en marcha del programa mediante sesiones formativas, dirigidas a todos los profesionales sanitarios encargados del cuidado del enfermo crítico. Así como de la vigilancia de su cumplimiento. Estas actividades se realizaron de forma periódica con el objetivo de crear en el personal implicado una cultura de seguridad del paciente, comprometerlos mostrando los datos basales y reforzarlos informándoles de los resultados que vamos obteniendo. Se establecieron las normas a seguir en el proceso de canalización de catéteres y en su mantenimiento y se estableció un feed-back para resolver las posibles incidencias surgidas.
Resultados obtenidos.
Analizamos nuestra experiencia durante los primeros seis meses de funcionamiento. Se han logrado cambios de comportamiento en el personal, medidos mediante observación directa del equipo de vigilancia: adopción de medidas de màxima asepsia en la canalización de CVC, correcto mantenimiento de los mismos, respeto del orden de elección respecto al punto de inserción, correcta cumplimentación de la hoja de datos, valoración diaria de la necesidad de los catéteres. En cuanto a tasas de bacteriemia: Enero 2.08/1000CVC, Febrero 1.30/1000CVC, Marzo 0.72/1000CVC, Abril, Mayo y Junio en proceso de completar análisis.
Lecciones aprendidas.
Se logró una buena adhesión al protocolo en líneas generales, reflejando el interés generalizado en la mejor atención del paciente crítico. Se trata de un proyecto que requiere de la concienciación, motivación y colaboración de todo el personal implicado. Encontramos efectividad de proyecto, dado que los resultados obtenidos, se encuentran dentro de los objetivos marcados. La puesta en marcha de este proyecto ha reforzado la cultura de seguridad del paciente dentro de la unidad y creemos que se ha logrado una base para desarrollar otras líneas de trabajo en este campo.

C-775

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA PROFILAXIS PERIOPERATORIA

CARMEN MARÍA SAA REQUEJO ; CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ; VANESA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ ; ROCIO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ ; Mª TERESA REDONDO MARTÍN Y FRANCISCOJAVIER SÁNCHEZ GÓMEZ .
HOSPITAL INFANTA SOFIA

Palabras Clave: Profilaxis antibiótica, infección nosocomial.

RESUMEN

Contexto de partida.
La apertura de un nuevo hospital conformado por profesionales procedentes de diferentes centros exige que se realice un mayor esfuerzo organizativo y de consenso. La elaboración de un documento de profilaxis antibiótica prequirúrgica surge de la necesidad de protocolizar y organizar su prescripción y administración. La Unidad de Medicina Preventiva y Calidad, con la Comisión Consultiva de Infecciones y Política Antibiótica de la que forman parte, han impulsado este proyecto de mejora en colaboración con los responsables de los servicios implicados

Descripción del problema/necesidades.
El objetivo del proyecto fue elaborar, implantar y evaluar la guía deprofilaxis antibiótica prequirúrgica del hospital. Ésta debía determinar las pautas de prescripción y administración de la profilaxis peri quirúrgica con el objeto de disminuir la variabilidad en la práctica clínica, mejorar la seguridad en la asistencia al paciente quirúrgico y disminuir las tasas de infección del lugar de la intervención quirúrgica

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se estableció un grupo de trabajo formado por los servicios que soluciones aportadas realizan procedimientos quirúrgicos que precisan profilaxis antibiótica, así como un cronograma de trabajo para la elaboración, difusión y evaluación de la implantación de la guía. Cada servicio consensuó las indicaciones y pautas de prescripción que aportaban mayor evidencia científica, revisadas posteriormente por la Comisión de Infección. En una fase posterior se difundió la guía entre los profesionales del bloque quirúrgico y hospitalización a través de los miembros participantes, jefes de servicio y docencia del hospital. Como parte del ciclo de mejora continua de calidad, se realizó la evaluación de su implementación a través de la medición del grado de adecuación de la profilaxis para los procedimientos determinados por el Programa de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial de la Comunidad de Madrid

Resultados obtenidos.
Se elaboró la guía de profilaxis antibiótica prequirúrgica del hospital con su programa de desarrollo, registros y responsables. Su implantación se realizó mediante difusión a todos los profesionales sanitarios del hospital por correo electrónico, “intranet” y sesión general formativa. En la evaluación del cumplimiento se observó una mejoría en la adecuación de la prescripción y administración de la profilaxis recibida por el paciente del 36,36% al 58.33% tras su implantación

Lecciones aprendidas.
La protocolización consensuada de las actividades sanitarias constituye un primer paso para la gestión por procesos, imprescindible para trabajar por una atención sanitaria segura y de calidad

C-776

LA LISTA DE PREGUNTAS: UN INSTRUMENTO PARA LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

LEÓN VERGARA, M. REYES; DELGADO RAMOS, ROSARIO M.; SANTANA LÓPEZ, VICENTE Y VÁZQUEZ VÁZQUEZ, MARTA.
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

Palabras Clave: Preguntas, Comunicación, Pacientes, Observatorio, Seguridad.

RESUMEN

Contexto de partida.
El Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía ha puesto a disposición de los ciudadanos una lista de preguntas para realizar a los profesionales sanitarios ante la prescripción de medicamentos, la realización de pruebas diagnósticas o las dudas ante un tratamiento o una intervención quirúrgica.

Descripción del problema/necesidades.
Esta iniciativa parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, órgano dependiente de la Consejería de Salud, y tiene por objeto ayudar a los pacientes a formular las preguntas adecuadas para obtener una mejor información sobre su problema de salud. El acceso a estas preguntas se realiza desde la página web del Observatorio, y se pueden combinar obteniendo un listado personalizado en función de las necesidades de cada usuario, con objeto de que el paciente pueda obtener la mayor información posible sobre el diagnóstico de su enfermedad y las alternativas de tratamiento.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Esta iniciativa se basa en un instrumento de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria de Estados Unidos (AHRQ), y en campañas internacionales en las que se anima a los pacientes a formular una serie de preguntas que pueden ayudar a prevenir errores y a mejorar la asistencia. Para que la información sobre este listado llegara al mayor número de usuarios, desde la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se emitió una nota de prensa en la que se informaba de la existencia de este proyecto. Esta nota fue enviada a los medios de comunicación dirigidos a públicos especializados y, sobre todo, a público en general, durante la primera semANA de abril de 2009.

Resultados obtenidos.
La información tuvo una buena aceptación entre los medios de comunicación, ya que fue divulgada tanto en prensa (escrita y digital) como en radio y televisión. Este hecho supuso que el número de visitas a la página web del Observatorio para la Seguridad del Paciente en abril de 2009 se incrementara en un 17% con respecto al mes anterior, y que más de un centenar de éstas se realizara a través de la página web de Canal Sur.

Lecciones aprendidas.
De manera general, la idea de dar difusión al listado de preguntas entre su público final, es decir, los ciudadanos, ha demostrado que es fundamental segmentar los distintos tipos de receptores para que las acciones de comunicación resulten efectivas. Igualmente, la redacción de la información de un modo accesible a la vez que riguroso, influirá en ello.

C-777

ANÁLISIS DE LAS ALTAS VOLUNTARIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE UN PERÍODO DE 10 AÑOS

ESCOLANO FERNÁNDEZ B*; GONZÁLEZ BENÍTEZ M; MORENO SOBRINO JC; GRANA COSTA M; URIBARRI SÁNCHEZ G Y RUIZ CANTERO A.
HOSPITAL DE LA SERRANIA

Palabras Clave: Altas Voluntarias, Calidad, Usuario

RESUMEN

Contexto de partida.
Este trabajo se realizó entre el Servicio de Medicina Interna y el de Admisión y Documentación Clínica de nuestro centro con la colaboración de todo el personal médico
Descripción del problema/necesidades.
Nos planteamos este estudio para analizar los motivos y la procedencia problema/ de las altas voluntarias en nuestro servicio necesidades
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se han analizado a todos los pacientes que se fueron de alta voluntaria entre 1999 y 2008 del total de altas de Medicina Interna. Fueron evaluadas las siguientes cuestiones: el servicio de procedencia, edad, sexo, tipo de ingreso, días de estancia y el diagnóstico principal por el que acudieron al Hospital
Resultados obtenidos.
Se incluyen 126 pacientes de un total de 20407 altas (38 mujeres y 88 hombres), con edad media de 52.8 +/- 19.58 años y estancia media de 4.99 +/-6.46 días. El lugar de procedencia fueron 66 de urgencias (52.4%), 15 de consultas externas (11.9%), 1 de Hospital de día médico y 44 se desconoce (34.9%); el tipo de ingreso fue programado en 15 (11.9%) y 110 (87.3%) fue urgente. Los totales y frecuencias de los diagnóstico principales fueron los siguientes: infección respiratoria/neumonía 20 (16.5%), otra patología digestiva 18 (14.9%), patología neurológica 15 (12.4%), patología biliar/hepática 14 (11.6%), insuficiencia cardiaca 11 (9.1%), miscelánea 11 (9.1%), cardiopatía isquémica 9 (7.4%), sepsis/shock 6 (5%), HIV 5 (4.1%), otra patología respiratoria 5 (4.1%), fracaso renal 5 (4.1%) y linfoma 2 (1.7%). El porcentaje total de altas voluntarias es de 0.61%
Lecciones aprendidas.
Encontramos que la mayoría de los pacientes que piden el alta voluntaria proceden de urgencias. Las patologías digestivas, respiratorias y neurológicas son las más comunes. En la literatura existe poca bibliografía al respecto, siendo el porcentaje total de altas voluntarias hallado similar al descrito en otros estudios

C-778

COMISION DE CUIDADOS:CONSTITUCION Y DESARROLLO DE COMISION ENFERMERIA PARA LA GESTION DE CUIDADOS EN AMBITO HOSPITALARIO

ACEVEDO GARCÍA, MANUEL.; LUENGO SÁNCHEZ-PANIAGUA, TRINIDAD. Y MARTÍNEZ PIEDROLA, MAGDALENA..
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON

Palabras Clave: Comisión, Cuidados, Enfermería, Protocolos, Normalizacion.

RESUMEN

Contexto de partida.
El proyecto se desarrolla en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, hospital de III nivel de la red pública de la CAM. Son miembros de la Comisión de Calidad de Cuidados: la Dirección de Enfermería, los supervisores y enfermeros representantes de cada área
Descripción del problema/necesidades.
El Hospital Universitario Fundación Alcorcón se inauguró en 1998. A pesar de los trabajos previos a favor de la organización asistencial, la apertura de un hospital supone una gran complejidad lo que pude repercutir en un detrimento de la calidad asistencial. Pronto se hizo evidente la necesidad de normalizar y consensuar la metodología de trabajo mediante protocolos, procedimientos, circuitos, etc. Se necesitaba la creación de un órgano vinculante que fuese representativo para el hospital y que elaborase las líneas de actuación en el cuidado a través de protocolos de enfermería que permitiesen homogeneizar los cuidados
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se constituye la “Comisión de cuidados” el 4 de febrero de1999 según soluciones aportadas consta en acta, con 9 miembros de distintas áreas del hospital. Se designa a un coordinador y se define la filosofía de la comisión. Más adelante se estableció la necesidad de aumentar la representación de todas las áreas del hospital con lo que el número de miembros se elevó hasta 25 enfermeras. Desde octubre de 2009 entran a formar parte de la comisión con carácter obligatorio todos los supervisores. Actualmente la comisión está constituida por 46 enfermeros, se renueva cada 4 años a través de convocatoria pública
Resultados obtenidos.
A través de 92 reuniones se han elaborado 56 protocolos, teniendo 38 aprobados y 18 pendientes de aprobar, y 12 alertas de la Comisión.
Además se abordan temas específicos mediante ponencias de los propios miembros o de invitados expertos
Lecciones aprendidas.
La experiencia resulta altamente gratificante ya que la comisión se convierte en un elemento generador de ideas y dinamizador de grupos de trabajo cuyos resultados se difunden al resto de la enfermería del hospital.
También se constituye en un foro de debate de temas de actualidad que nos permite adoptar líneas estratégicas fundamentadas en problemas actuales y de máximo interés como las llevadas a cabo en materia de seguridad del paciente. Más allá de los resultados puramente numéricos los beneficios de la comisión se deben medir en su repercusión en la calidad de los cuidados de enfermería en todo el hospital porque además de los protocolos aprobados la comisión se convierte en un órgano consultor resolviendo dudas de carácter asistencial, organizativo o legal basadas en la mejor evidencia científica disponible

C-779

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (PREALT) EN EL ÀREA DEL BARCELONÉS NORD I MARESME

QUILEZ CASTILLO, F; DE GARAY RAMOS, C; RIOS RAYO, C; BARBERA LLORCA, M.A.; MARTI CARRASCO, N Y CASTELLSAGUE MONTAÑES, R.
HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Palabras Clave: Continuidad Cuidados, Alta, Enfermera de enlace.

RESUMEN

Contexto de partida.

En la realización de este trabajo participaron las siguientes organizaciones: - Hospital Germans Trias i Pujol - Servicio de Atención Primaria Badalona, San Adrian de Besós, Santa Coloma - Badalona Serveis Assistencials - Fundacion Hospital de l'Esperit Sant - Consorcio Sanitario de Mataró Profesionales implicados: - Directores de Enfermeria - Adjuntos de Enfermeria - Supervisores - Enfermeras

Descripción del problema/necesidades.

- Falta de coordinación entre niveles, sobre todo para aquellos pacientes que cumplen criterios de continuidad de cuidados al alta - Fomentar la seguridad del paciente y família

Desarrollo y soluciones aportadas.

- Se realizó un protocolo de continuidad de cuidados, en el que constaban unos criterios de inclusion, y exclusión.
- La difusión del proyecto fue a través de la Junta Facultativa y de la Junta de Enfermeria del Hospital FASES DEL PROYECTO: - Discusión y elaboración del Protocolo - Difusión e implantación - Evaluación

Resultados obtenidos.

- Una mejor coordinación entre niveles asistenciales.
- Se realiza un seguimiento asisstencial, valorando mensualmente las solicitudes recibidas, las solicitudes desestimadas, y las altas PREALT, por unidades asistenciales y servicios.

- **Lecciones aprendidas.**

- Ha disminuido la ansiedad del paciente y la família al alta - Se ha fomentado la confianza en la competència entre los profesionales de enfermera de los dos niveles asistenciales - La importancia de las enfermeras de enlace del hospital y de la Atención Primària

C-780

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AISLAMIENTO PREVENTIVO, COMO MEDIDA DE CONTROL DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES.

CANTÓN BULNES, ML.; ARENZANA SEISDEDOS, A. Y GUZMÁN VALENCIA, T..
HUV MACARENA

Palabras Clave: Aislamiento, Gérmenes Multirresistentes, Infección Nosocomial.

RESUMEN

Contexto de partida.

Puesta en marcha en una unidad de cuidados intensivos (UCI), de un conjunto de medidas para detectar precozmente portadores de gérmenes multirresistentes(MRSA y A. Baumanii). Previa realización de un programa educacional, dirigido a todo el personal de la unidad.

Descripción del problema/necesidades.

El control de gérmenes multirresistentes, constituye hoy día uno de los problema/ mayores desafíos para los profesionales de la salud implicados en el necesidades control de la infección nosocomial, ya que su prevalencia es cada vez
mayo, debido por una parte a las características propias de estos microorganismos y por otra a la mayor complejidad de los pacientes que tratamos actualmente. Pretendemos de esta forma, disminuir la transmisión cruzada de estos gérmenes, actualmente principal vía de diseminación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se constituyó un equipo multidisciplinar formado por médicos y personal de enfermería, encargados de difundir entre todo el personal implicado unas directrices respecto al aislamiento de contacto (AC). Se implantó un programa de toma de muestras y AC: Control de portadores entre el personal y descolonización de casos positivos. Limpieza terminal de UCI y toma de muestras ambientales periódicamente. Cultivo de portadores al ingreso de pacientes procedentes de otros hospitales o con larga estancia hospitalaria, manteniéndolos en AC preventivo, hasta tener los resultados. AC preventivo a pacientes ingresados > 10 días o factores de riesgo, realizándoles cultivos de vigilancia semanalmente. Casos positivos, AC, manteniéndose durante los traslados intrahospitalarios y al alta.

Resultados obtenidos.

Tras el análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento, se realizaron pequeñas modificaciones respecto a las normas de aislamiento, para optimizar el rendimiento en la detección precoz. Análisis de 1158 pacientes durante un año, siendo el 3.2% de portador (MRSA más frecuentemente). Presentando infección el 0.35% del total. Se compararon los datos con los del estudio nacional de vigilancia epidemiológica (ENVIN) de años anteriores.

Lecciones aprendidas.

La implantación de un protocolo de estas características, requiere de una concienciación previa y del trabajo coordinado de un equipo multidisciplinar. Derivando en una sobrecarga de trabajo para todo el personal implicado. Es obligad el cumplimiento por todo el personal externo a UCI, incluido familiares, previa información adecuada. Estas medidas favorecen la seguridad de los pacientes en cuanto se disminuyen los daños colaterales. La efectividad del proyecto queda patente, dado que objetivamos menor prevalencia de infecciónes por gérmenes multitrresistentes.

C-781

ORIENTACIÓN DEL CIUDADANO EN EL ENTORNO DE CONSULTAS EXTERNAS. LA INFORMACIÓN COMO ÁREA DE MEJORA.

GARCÍA-PANIAGUA, J.; CALATRAVA GARCÍA, L.; HERMANO TSAO, A.; ARTERO LÓPEZ, C. YMORCILLO MUÑOZ, Y..EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Orientación, Información, Atención Ambulatoria

RESUMEN

Contexto de partida.
Proyecto desarrollado en la unidad de consultas externas de la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería. Impulsado por la Dirección de Cuidados y la Subdirección de Atención al Ciudadano.
Descripción del problema/necesidades.
El ciudadano constituye el eje central del sistema sanitario público andaluz y debemos garantizar el dar respuesta a sus necesidades y expectativas en salud. Partiendo de la anterior premisa, se valoró la necesidad de mejorar la orientación en el entorno de consultas externas tras el análisis de la encuesta IESA de 2008.
Se creo un grupo de trabajo multidisciplinar y mediante técnicas de dinámica grupal (DAFO), desarrollamos un plan de actuación para mejorar nuestra situación de partida.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar y el análisis DAFO por el cual decidimos las acciones que debíamos poner en marcha.
Comunicamos a la Dirección del centro las medidas fundamentales a tomar: -Necesidad de modificar la cartelería para que fuese más visible. -Actualizar los paneles informativos.
-Identificación de servicios por colores. -Colocación de planos guía. -Disponibilidad de trípticos de acogida a los usuarios con planos orientativos.
-Implantación de la figura del cicerone que se encarga de informar, orientar y acompañar a los usuarios que así lo necesiten.
Resultados obtenidos.
Proyecto de reciente implantación (mayo 2009), esperamos presentar resultados en los primeros 6 meses tras la puesta en marcha de todas las medidas de mejora previstas.
Lecciones aprendidas.
Los profesionales de la salud en general y en particular los Gestores de Cuidados, debemos de estar muy alerta sobre las necesidades de nuestros usuarios y aunque lo principal es dar respuesta a las demandas de salud, hemos de tener en cuenta, que esta demanda está precedida por la necesidad de información sobre “DONDE” va a ser suelto su problema. Es por ello que los profesionales que hemos tomado parte en este proyecto, creemos fundamental garantizar la orientación de los ciudadanos en el entorno hospitalario y mas concretamente en consultas externas, dado el gran volumen de usuarios que pasan a diario por nuestra unidad.

C-782

¿SABES LO QUE COMES Y QUIEN LO DECIDE?

SÁNCHEZ ROBLES,L.* ; CALLEJA PÉREZ, L.; FAURA MARTÍNEZ,A.; LÓPEZ NOGUERA, D. Y MARTÍNEZ OLIVARES, M.A..
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Información, Dietas

RESUMEN

Contexto de partida.
Pacientes ingresados en el Hospital Morales Meseguer. El proyecto fue presentado por 6 nutricionistas del Servicio de Dietética y Alimentación.
Descripción del problema/necesidades.
Los pacientes manifiestan su malestar en referencia al desconocimiento de la dieta pautada por su médico. Para cuantificar el alcance del problema se elaboró una encuesta sobre las principales dudas detectadas.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Mayo 08. Detección y evaluación del problema. Los profesionales de soluciones aportadas nuestro servicio, elaboran una encuesta con 8 preguntas cerradas para determinar la información de la que dispone el paciente. Los resultados confirman un desconocimiento de la dieta prescrita con valores superiores al 60%.
Octubre 08. Puesta en marcha de acciones correctoras:
Dirección Médica:Comunicación a los jefes clínicos del problema existente para su transmisión a los médicos integrantes del servicio.Objetivo, comunicar al paciente la dieta pautada.
Dirección de enfermería:Comunicación a los supervisores de planta para su transmisión a enfermería. Objetivo, resolución de dudas sobre su dieta.
Dirección de Gestión:Inclusión de una página del servicio de alimentación en el folleto de acogida entregado al paciente al ingreso en el hospital.
Marzo 09. Comprobación del grado de realización de las acciones propuestas y evaluación de las mismas. Entrega de encuestas analizando los mismos parámetros.Resultados:el paciente identifica al médico como persona que informa sobre su dieta, pero el desconocimiento de la misma supera valores del 70%, se registran 18 consultas dietéticas a la unidad, el folleto de acogida general no es entregado al paciente.
Mayo09. Propuesta de nuevas acciones y evaluación. Cuatro nutricionistas, perteneciente a la empresa externa, realiza un servicio de información consistente en visitar al paciente durante dos horas 7 lunes consecutivos, se resuelven las posibles dudas planteadas en materia alimentaria.
Resultados obtenidos.
A finales de mayo de 2009, se realiza de nuevo la encuesta, el tanto por ciento de pacientes desinformados disminuye del 74% al 35%.
El problema se ve disminuido pero no se ha solucionado.
Lecciones aprendidas.
Los profesionales sanitarios no proporcionan la información necesaria sobre la dieta del paciente y no consideran la información nutricional como parte de sus funciones. La información proporcionada de manera individual por profesionales destinados a tal efecto, no solo permite mejorar la calidad de la estancia hospitalaria, sino que plantea nuevos retos al sistema demandando una mayor información sobre un tema muy poco tratado en nuestros hospitales. LA NUTRICION.

C-783

ANALISIS DE CAIDAS DE PACIENTES INGRESADOS DE 2005 A 2008 EN EL HOSPITAL SANTA MARINA. ¿PODEMOS AUMENTAR LA SEGURIDAD?

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, L.; GONZÁLEZ LLINARES, R. M.; GARITANO TELLERIA, B.; GOTI AGUIRRE, M. E.; LLARENA CUEVAS, M. J. Y DE LA HUERGA MENENDEZ, OLGA M..
HOSPITAL SANTA MARINA

Palabras Clave: Pacientes, Caídas, Prevención, Media-larga estancia

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se realiza en las unidades de hospitalización (especialidades médicas) del hospital de media-larga estancia Santa Marina de Bilbao. En el estudio interviene personal de enfermería, asesorado por la técnico de calidad del hospital, y otra de la subdirección de calidad de Osakidetza.
Descripción del problema/necesidades.
Conocer detalles sobre las caídas de pacientes hospitalizados, y problema/ adecuar medidas para reducir la incidencia. necesidades **Desarrollo y soluciones aportadas.**
Se realiza estudio de incidencia descriptivo y retrospectivo. Fuente de información: Aplicación informática de cuidados Zaineri. Población: Todos los pacientes ingresados en los años 2005 a 2008. Variables: Nº de pacientes con caída durante el ingreso, Nº de caídas, Sexo, Valoración del riesgo de sufrir caída, Lugar de la caída, Tipo de lesión. Se analiza la tendencia de 2005 a 2008. Se compara con los hospitales de media-larga estancia de Osakidetza, exceptuando los hospitales psiquiátricos.
Resultados obtenidos.
En el periodo estudiado se caen 396 pacientes, contabilizándose 446 caídas El nº de pacientes que sufren caída va en aumento de 2005 a 2007 y desciende en 2008. El 70 % de los pacientes que caen son varones, y el 30 % mujeres. El 73 % de las caídas se producen en la habitación. Las lesiones registradas por caídas son de fracturas el 1,34 %, lesiones leves el 36,99%, y sin lesiones el 61,66 %. El 99,85 % de los pacientes ingresados fueron valorados respecto al riesgo de sufrir caídas, de los que el 82,46 % no constaba que estuvieran sometidos a programas de prevención. La incidencia de pacientes que sufren caídas es del 1,71 o/oo. La media de los hospitales de media larga estancia de Osakidetza es del 2,08 o/oo. El 45,61 % de las caídas se producen en el turno de noche, el 29,82 % en el de mañana, y el 24,56 % en el de tarde. En el momento de la caída el 84,21 % se encuentran solos y el 15,79 % acompañados.
Lecciones aprendidas.
La tendencia al alza del nº de declaraciones, es paralela a la de los otros hospitales comparados. La incidencia de caídas es la más baja de los hospitales de media-larga estancia de Osakidetza. Pese al alto porcentaje de valoración de riesgo, se declaran muy pocos pacientes en programa de prevención. Se debe extremar la vigilancia cuando el paciente está sólo y en turno de noche. El sistema utilizado de valoración del riesgo de sufrir caídas, no individualiza los cuidados a aplicar para evitar caídas. Estrategias para aumentar la seguridad: actualización del protocolo de prevención de caídas y formación al personal de las unidades (09/05/09).

C-784

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES AHRQ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

MORÓN MERCHANTE, J Y MARTÍN VEGA, A.
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Palabras Clave: Seguridad, Indicadores Ahrq, Variabilidad, Efectos Adversos.

RESUMEN

Contexto de partida.
Área de Seguridad del paciente. Subdirección de Calidad. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
Descripción del problema/necesidades.
Con el fin de detectar, registrar y monitorizar los efectos adversos se recomienda aprovechar todas las fuentes de información disponibles. Una de estas fuentes es la proporcionada por los indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), obtenidos a partir del CMBD, para analizar los cuidados que reciben los pacientes atendidos en un hospital y que permite monitorizar los efectos adversos.
Como algunos estudios han mostrado variabilidad en las complicaciones hospitalarias que aumenta en relación al tamaño estructural de los centros, nuestro objetivo fue identificar la variabilidad por nivel de hospital para los indicadores AHRQ de Seguridad del Paciente en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Los datos se obtuvieron de la Consejería de Sanidad. Se analizaron 15 indicadores AHRQ que recogen las complicaciones quirúrgicas y las complicaciones como consecuencia de los cuidados médicos o postquirúrgicos producidas durante la hospitalización. Se incluyeron todos los hospitales públicos. El tipo de hospital está asignado por el MSC: grupo 1 (menos de 200 camas), grupo 2 (más de 200 camas y menos de 500), grupo 3 (más de 500 camas y menos de 1000) y grupo 4 (más de 1000 camas).
Resultados obtenidos.
El número de hospitales que se encuadraron en cada uno de los grupos (1, 2, 3 y 4) fueron 6, 6, 4 y 4 hospitales. En la agrupación por menor y mayor de 500 camas fueron 12 y 8 hospitales. En el análisis por nivel de hospital (4 grupos) presentaron diferencias significativas en los siguientes PSI: a) Complicaciones quirúrgicas: 9Hemorragias o hematomas postquirúrgicos, 10- Descompensación metabólica o fisiológica postquirúrgica, 11-Fallo respiratorio postquirúrgico, 12-Trombosis venosa profunda o EP postquirúrgica, 13Sepsis postquirúrgica y 14-Dehiscencia de herida postquirúrgica. b) Complicaciones por cuidados: 4-Mortalidad en pacientes con complicaciones durante el ingreso, 6-Neumotórax iatrogénico y 15Punción o laceración accidental. En el análisis de variabilidad de los indicadores PSI entre los hospitales de más y menos de 500 camas, se apreciaron diferencias significativas en los PSI 9, 10, 12, 14 y 4.
Lecciones aprendidas.
El tamaño y la complejidad del hospital influyen en algunos PSI. Eso puede deberse a que según aumenta la complejidad del hospital es probable que se hagan intervenciones quirúrgicas más complejas o a pacientes con mayor número de comorbilidades que tengan mayor posibilidad de complicaciones.

C-785

EL REGISTRO DE ESTADO DE LA PIEL Y SU UTILIDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS UPP EN UNA UGC DE MEDICINA INTERNA

GARCÉS AGUILAR,I*; FONTÁN RODRÍGUEZ, C; PALOMO LARA, JC; PRIETO PÉREZ, A; LÓPEZ RAMÍREZ, E Y PRIETO GUERRERO, M.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Palabras Clave: Prevención Upp, Registro,Gestión Clínica

RESUMEN

Contexto de partida.
Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna B. Mandos intermedios y profesionales de enfermería de la unidad.
Descripción del problema/necesidades.
Entre las actuaciones puestas en marcha por la Dirección de Enfermería para la detección precoz y prevención de las Úlceras por Presión (UPP está la creación de la Unidad de Telecuidados,Comisión de UPP y HC,adquisición de Superficies Alternantes de Aire de última generación y la sustitución de todos los colchones del Área por Superficies Estáticas de Descanso. En 2008 se han puesto en marcha dos nuevos registros que inciden directamente en la precocidad de la detección de cualquier alteración en el estado de la piel de pacientes encamados: una nueva Hoja de Registro de Curas, a cumplimentar por las enfermeras, y la Hoja de Estado de la Piel, a cumplimentar por Auxiliares de Enfermería.El proyecto incide directamente sobre la prevención de UPP intrahospitalaria en pacientes encamados en unidades de Medicina Interna, dentro de la estrategia de seguridad del paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseño elregistro por un grupo de trabajo valorándose aspectos como la utilidad del mismo en la prevención de UPP, sencillez de diseño, claridad de los ítems a medir y la comodidad de uso por los profesionales. Se valoró la necesidad de implicar de forma reglada y sistematizada el trabajo de Auxiliares de Enfermería en la prevención de las UPP. Tras analizar las fases del mismo, se planteó la utilidad de aprovechar el lavado diario de los pacientes encamados para hacer un exhaustivo análisis del estado de la piel de cada paciente, especialmente los puntos de presión. Ello permite aplicar todo tipo de medidas de protección precozmente, minimizando el riesgo de aparición de UPP. El modelo de registro se diseñó incluyendo datos de filiación, estado de la piel (normal, enrojecida, húmeda, seca y otros), la localización de las lesiones y la firma de DUE y AE. El formato del registro evolucionó hasta un único documento para toda la planta, que se acompañará en el carro de lavado, para que el profesional lo cumplimente a pie de cama.
Resultados obtenidos.
Se midió la incidencia de cada uno de los ítems y los porcentajes obtenidos. El documento permitía aplicar las medidas de protección en estadíos más precoces.El porcentaje de cumplimentación del registro es del 93 % La Hoja de Estado de la Piel ha tenido una buena acogida por parte de los Auxiliares por su sencillez y comodidad de uso
Lecciones aprendidas.
La prevención de las UPP es tarea de todos, la implicación de las A.E. en las estrategias de seguridad del pacientes implementadas es muy elevada en el HVMA.

C-786

ANALISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE APARICION DE ÚLCERAS POR PRESIÓN TRAS HOSPITALIZACIÓN

SANTOS PÉREZ, J.; VALDÉS SOLÍS, A.; NUÑEZ MONTENEGRO, A.; ESCALANTE TORRES, F.; PÉREZ RAMÍREZ, E. Y DELGADO VIERA, R..
ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

Palabras Clave: Úlcera, Presión, Cuidados, Prevención, Hospitalización

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en un área sanitaria, desde la supervisión de gestión de cuidados y la unidad de calidad y en él trabajaron enfermeros/as y médicos/as tanto deatención especializada como de cada una de las zonas básicas que componen el área sanitaria.
Descripción del problema/necesidades.
Las upp son un problema de salud de primer orden en el que es preciso una intervencion enfermera adecuada. El objetivo principal es definir el perfil de los pacientes que desarrollan upp en el mes siguiente al alta. Como objetivo secundario estudiar los diagnosticos mas frecuentes en pacientes fragiles y su influencia en la aparicion de upp tras el alta. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal con una población total de 210 pacientes con informe de continuidad de cuidados urgente en el periodo de estudio.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se realiza a través del estudio y codificación de los informes de continuidad de cuidados urgentes tras un ingreso en un hospital durante el año 2008. Se implicaron profesionales de los equipos multidisciplinares de atención especializada y primaria. Actualmente se está difundiendo en toda el área sanitaria a través de sesiones clínicas. Temporalmente el trabajo se distribuyó en una primera fase de análisis y codificación de los informes de enero a marzo de 2008, posteriormente se realizó el análisis estadístico de los resultados, conclusiones y discusión durante el mes de abril y desde mayo se inició la fase de difusión de los mismos
Resultados obtenidos.
De los 210 pacientes estudiados, 11 presentaban upp al ingreso, 51 la desarrollaron durante su ingreso y 19 lo hicieron durante el mes siguiente al alta, con una incidencia en el hospital del 25,62%, al mes del alta del 12,83% y una prevalencia del 38,1%. Tras analisis bivariante del diagnostico enfermero y el desarrollo de upp al mes del alta, (ic 95%), se observa con el diagnostico riesgo de infeccion una odds ratio de 3,58 (p=0,27) y con el de dolor de 2,84 (p=0,41).
Lecciones aprendidas.
La principal conclusión a la que hemos llegado es que los pacientes fragiles dados de alta sin upp con el diagnostico de riesgo de infeccion y/o dolor presentan un mayor riesgo de desarrollar una upp que si no los presentaran. Como proyecto de futuro está la continuidad de este trabajo incluyendo los pacientes que cumplan los requisitos del estudio durante el año 2009, para así obtener una muestra más representativa y así poder transmitir al resto de la comunidad científica que pacientes en nuestro entorno son más susceptibles de desarrollar una úlcera por presión tras un ingreso hospitalario.

C-787

ANALISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LAS RECLAMACIONES VS CONTESTACIONES

CAPARROS LÓPEZ, M.; DONGIL GARRALON, M.; GÓMEZ IBAÑEZ, Y; ORTIZ OTERO, M.; IBAIBARRIAGA SÁNCHEZ,O. Y GARCÍA ROSADO, S..
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Palabras Clave: Satisfacción, Calidad Percibida, Contestación/ Reclamación, Usuario

RESUMEN

Contexto de partida.

El estudio se ha realizado en el Área de Atención al Paciente del Hospital Universitario de Fuenlabrada,Jefa de Área,Aux. Administrativos,Enfermera

Descripción del problema/necesidades.

Se identifica la necesidad de realizar un análisis post-cierre de las reclamaciones,con el fin de identificar la problemática real que manifiestan los usuarios a través de las reclamaciones escritas. Habitualmente se clasifican las reclamaciones escritas antes de realizar los trámites oportunos,conociéndose la percepción de los usuarios y desconociéndose,en algunos casos,la problemática real. Es necesario identificar los problemas reales para adoptar medidas eficaces que mejoren la calidad de nuestros servicios y así,la percepción que pueden tener nuestros usuarios sobre los mismos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El estudio comienza en el último trimestre del año 2008 y sigue actualmente.Se ha realizado con reclamaciones planteadas,postcierre,es decir,una vez que se han realizado las gestiones oportunas y que se ha contestado por escrito,a través de carta,al usuario.El análisis que aquí se presenta,desde el primer trimestre de 2009, se incluye enlos informes que el Área de Atención al Paciente elabora trimestralmente.Estos informes se presentan en comisión de Dirección y se envían a todos los puestos de Responsabilidad.Para el desarrollo del estudio se han elegido reclamaciones cerradas en distintos días del último trimestre de 2008 y primer trimestre de 2009. Los días se ha elegido de manera aleatoria.Se han revisado los motivos de reclamación y la clasificación otorgada.posteriormente,con los datos de las gestiones realizadas se han reclasificado de nuevo las reclamaciones,identificándose,en algunos casos,problemas distintos a los manifestados por el usuario.Los datos relativos al Número de Registro de Reclamación, fecha de presentación, fecha de cierre, clasificación según exposición del usuario y clasificación tras el análisis se han recogido en una tabla. Posteriormente se han elaborado los distintos gráficos con las proporciones y porcentajes más significativos.

Resultados obtenidos.

Este análisis ayuda a conocer la problemática y demanda real de nuestros usuarios,permitiendo adoptar medidas reales encaminadas a solucionar los problemas identificados.El objetivo es identificar Áreas de Mejora que permitan desarrollar planes de acción que mejoren la calidad de los servicios y la calidad de la asistencia percibida

Lecciones aprendidas.

Identificar la percepción y demanda manifestada por los usuarios,identificar problemas reales,adecuar la percepción y demanda planteada en problemas con posibles soluciones.

C-788

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS. EXPERIENCIA DEL GRUPO DE TRABAJO

REBOLLO GÓMEZ, P.*; LOSPITAO GÓMEZ, S.; MEDINA REINA, A.; ÁLVAREZ MORALES, A.; REBOLLO GÓMEZ, P. Y GARCÍA PESO, A..
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Gestión de riesgos, Seguridad del paciente, Cuidados Intensivos.

RESUMEN

Contexto de partida.

La Seguridad del Paciente (SP) dentro del marco de Calidad Total se considera hoy en día un componente esencial y prioritario de la asistencia sanitaria. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital, partícipe de esta prioridad, creó en el 2006 un grupo de trabajo que empezó a desarrollar un programa de Calidad y a fomentar la cultura de Calidad entre los profesionales del Servicio.

Descripción del problema/necesidades.

Con la cultura de Calidad interiorizada por todos los trabajadores, y tras participar en 2007 en el proyecto nacional SYREC (Seguridad y Riesgos en el enfermo crítico), constituimos en el Servicio un grupo de trabajo de Seguridad de Pacientes para dar respuesta a las siguientes necesidades de seguridad percibidas:

1. Introducir un programa de Seguridad del Paciente
2. Dar apoyo al proyecto nacional Bacteriemia Zero que lidera nuestra unidad
3. Conocer la percepción de seguridad que tienen nuestros pacientes y sus familiares
4. Poner en marcha actitudes y actividades de mejora para aumentar la SP

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se creó el Grupo de SP de la Unidad, formado por 3 intensivistas, 6 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería. Constituido el grupo, todos los componentes recibimos formación en SP. Se hicieron reuniones periódicas y se llevaron a cabo las siguientes actividades: DAFO para valorar el clima laboral, gestión proactiva de riesgos (AMFE), elaboración del sistema de notificación de incidentes, participación en el proyecto Bacteriemia Zero, campaña de lavado de manos, realización de cuestionarios de seguridad percibida a pacientes y familiares, difusión del proyecto y resultados obtenidos al resto de profesionales de la UCI

Resultados obtenidos.

1.Percepción de puntos fuertes y débiles de los profesionales sobre el propio Servicio 2.Documento AMFE sobre la incorporación de nuevos trabajadores, desarrollando el “Plan de acogida integral” y el “Plan de responsabilidad progresiva” y su puesta en marcha con 5 Dues 3.Implantación del sistema de notificación de incidentes y eventos adversos y análisis reactivo de los casos 4.Formación en Seguridad del paciente al resto de los profesionales 5.Implementación de medidas para la reducción de bacteriemia por catéter 6.Introducción de 5 check-list en los registros diarios de enfermería y medicos 7.Creación del grupo de trabajo “atención a las familias”

Lecciones aprendidas.

La implantación de este programa en nuestra UCI ha supuesto fomentar la cultura de Seguridad entre todos los miembros del equipo, encontrar áreas concretas de mejora y desarrollar acciones encaminadas a aumentar una atención sanitaria más segura

C-789

MEJORAS ORGANIZATIVAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA; CONTROL, IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN DE USUARIOS

CUADRA SÁNCHEZ, RJ.; FERNÁNDEZ AYALA, JC. ; JIMENEZ GÓMEZ, MR. ; LUIS GARCÍA, AI. Y TORES COUSO, A. .
HOSPITAL DE PONIENTE

Palabras Clave: Urgencias, Accesos, Identificación.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en la Unidad de Urgencias del Hospital de Poniente, en El Ejido (Almería), y trata sobre una experiencia de mejora en el que han estado implicados profesionales DUE, Técnicos en cuidados auxiliares y Celadores.
Descripción del problema/necesidades.
Se planteó un proyecto para dar respuesta a la necesidad de controlar el flujo de usuarios que acceden a urgencias y poder mejorar su identificación. Estos dos problemas se detectaron como causantes de la excesiva masificación de la unidad, dificultades para preservar la intimidad, y otros problemas asociados. Además que repercute en el personal y su trabajo que se ve influenciado por la constante presión sometida por pacientes y acompañantes. La magnitud del problema se ha puesto de manifiesto a través de encuestas de calidad recogidas en los buzones de urgencias, en las hojas de reclamaciones y en reuniones periódicas que se realizan en la unidad.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se decidió el cierre de accesos en toda la unidad, con un único acceso soluciones aportadas para los usuarios, y con un profesional celador que identifique, controle y permita el acceso. Estas acciones se establecieron tras la; -Creación y Reunión de un grupo de trabajo -Elaboración de protocolo Definición de las nuevas medidas de mejora a implantar -Difusión de este trabajo. Conseguimos evitar la masificación de acompañantes y el libre acceso de los usuarios, permitiendo mejoras para asegurar la intimidad, reduciendo interferencias y en un ambiente más propicio, es decir, mejor atención y satisfacción para el usuario. La información a los usuarios, se convierte así mismo, en una importante función a desarrollar. Se realizará de forma verbal y con apoyo de folletos y expositores explicativos elaborados.
Resultados obtenidos.
Los efectos del proyecto se están midiendo en la actualidad a través de encuestas de calidad y de reclamaciones. Ya se perciben los efectos positivos de estas medidas implantadas por los comentarios que realizan los usuarios de forma verbal o a través de hojas de sugerencias.
Lecciones aprendidas.
La mejor forma de implantar cambios organizativos es mediante el trabajo en grupo y con la representación en ellos de todos los grupos de trabajadores. Todos los proyectos enfocados a mejorar el servicio y la calidad del paciente repercute en el descenso de la quejas, en el buen funcionamiento de la unidad donde se ha implantado y en el estado de ánimo de los trabajadores.
Para concluir señalamos lo importante que es el adecuado control de accesos y la identificación de usuarios ya que se evita la masificación de urgencias y de cualquiera de sus áreas asistenciales.

C-790

DIVULGACIÓN Y CONCIENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARIA DOLORES GUILLEN GARCÍA Y AMPARO PALAO IBAÑEZ.
USP HOSPITAL SAN CARLOS

Palabras Clave: Lavado, Administracion Farmacos, Automedicacion, Caidas, Nosocomiales.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en la primera planta de USP Hospital San Carlos, pacientes de Medicina Interna y Cirugía. Ha estado implicado el Servicio de Atención al paciente, el Servicio de Calidad y Seguridad del paciente, Dirección Médica y personal de Enfermería.
Descripción del problema/necesidades.
Se observa que un factor importante en el desarrollo de un plan de seguriad del paciente hospitalizado con resultados eficaces depende directamente de buenas prácticas por parte del paciente, los familiares y amigos. Por lo tanto el proyecto va orientado a la divulgación y concienciación de buenos hábitos y a la minimización de mala práxis por parte de los pacientes y familiares
Principales motivos que producen efectos adversos son:
deficiente lavado manos, respetar la pauta dieta
automedicación malas técnicas de movilización de pacientes ingresados malas técnicas de soporte en deambulación de pacientes ingresados cumplimiento de las pautas de los tratamientos prescritos
Se establecen unos indicadores de efectos adversos, se realiza una medición previa a la realización de la campaña, una vez implantadas las acciones se realiza una nueva medición. indicadores: prcentaje Infecciones nosocomiales, porcentaje de alergias, porcentaje de sobremedicación, caídas
efectos adversos por dieta
Desarrollo y soluciones aportadas.
Inicialmente se define el proyecto por parte de Responsable de Calidad y Seguridad del paciente y Responsable de atención al paciente.
Se comunica a las partes implicadas (Dirección Médica, Dirección Enfermería, Coordinadora de Enfermería en planta)
Se realiza un registro de efectos adversos.
Se identifican los efectos adversos que estén directamente relacionados a malos hábitos por parte del paciente o familiares.
Se realiza una primera medición de estos efectos adversos durante un mes en el área de Hospitalización de la primera planta.
Analizados los resultados, se realiza una campaña de información a los pacientes hospitalizados de la 1 planta por el servicio de Atención al paciente.
Resultados obtenidos.
Tras realizar la campaña de información y concienciación, se van realizando de nuevo los indicadores porcentajes diminuían:
Disminución caídas pacientes
Disminución efectos adversos ocacionados por no cumplimento de pautas de tratamiento
Disminución enfermedades nosocomiales.
Lecciones aprendidas.
Se comprueba que mayor información en los pacientes sobre seguridad y mayor implicación por parte de ellos en el desarrollo de un plan enfocado a la seguridad del paciente suponen un refuerzo que unidos a las buenas prácticas por parte del personal de hospital consigue resultados más eficaces.

C-791

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

SOLER, E.; VILLAR, I.; IZUEL, M.; SERRANO, N.; VARELA, I. Y RABANAQUE, MJ..
ELITATY5@HOTMAIL.COM

Palabras Clave: Conciliación, Discrepancias, Medicación Domiciliaria

RESUMEN

Contexto de partida.
Realizado en un Servicio de Farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel, por farmacéuticos de hospital enmarcado dentro de la actividad de farmacéuticos de enlace.
Descripción del problema/necesidades.
Se pretendía valorar la calidad de la historia farmacoterapéutica domiciliaria realizada a la llegada al servicio de Urgencias en pacientes que ingresan en Medicina Interna.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se estudió la calidad de la realización de la historia farmacoterapéutica soluciones aportadas en la historia clínica de urgencias (HCU) en pacientes que ingresan. Se valoró la concordancia entre la medicación domiciliaria reflejada en la HCU y la historia farmacoterapéutica elaborada por el farmacéutico, partiendo de la información de las siguientes fuentes: historia clínica, recetas facturadas a cargo del sistema regional de salud (en los 6 meses previos al ingreso), informes de alta de ingresos (en los 6 meses anteriores) y dispensaciones desde el Área de Pacientes Externos del SF. Se excluyeron los pacientes sin número de Tarjeta de identificación sanitaria. Se recogieron las discrepancias encontradas en la conciliación de la medicación y se evaluaron los fármacos y grupos terapéuticos más frecuentemente implicados. Se recogieron los datos en el periodo 15 de Abril a 15 de Mayo de 2009.
Resultados obtenidos.
Se valoraron 78 ingresos,de los que se excluyeron 16 pacientes. Tras la elaboración de la historia farmacoterapéutica se encontró que el tratamiento domiciliario de los pacientes lo componían 433 medicamentos,y se hallaron 202 discrepancias: 38 (18.8%) medicamentos no recogidos en la HCU, que constituían parte de la farmacoterapia habitual ;faltaba la dosis en 61 medicamentos (30.2%) y la pauta en 98 (48.5%) de los medicamentos recogidos en la HCU.
Además se detectaron 5 discrepancias más, principalmente debidas al registro de dosis incorrectas (4) y de medicamentos que ya no tomaba el paciente (1). Los grupos ATC más frecuentemente implicados en las discrepancias fueron: N (32.5%), A (28.6%), C (15.8%) y R (7.4%).
Lecciones aprendidas.
En los pacientes valorados se detectan oportunidades de mejora en la calidad de la historia farmacoterapéutica recogida de la HCU. No se ha valorado la relevancia que las discrepancias no resueltas podrían haber tenido en la salud de los pacientes, lo que debería ser tenido en cuenta en futuros estudios.

C-792

PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA PACIENTES AMBULANTES CON DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN SUBCUTÁNEA.

MARTÍN DE ROSALES CABRERA AM Y PÉREZ ENCINAS M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCÓN

Palabras Clave: Dispositivos, administracion subcutánea, atención farmacéutica, seguridad.

RESUMEN

Contexto de partida.
Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Unidad de Atención Farmacéutica y Dispensación a Pacientes Externos (UFPE). Los profesionales implicados fueron Farmacéuticos Especialistas Hospitalarios.
Descripción del problema/necesidades.
Entre los medicamentos dispensados en las UFPE hay medicamentos de administración subcutánea que los pacientes se inyectan en sus domicilios de forma ambulatoria (interferones, biomoléculas anti TNF, eritropoyetina, etc), 22 especialidades farmacéuticas diferentes de gran relevancia en su seguridad y alto impacto económico. En el periodo del estudio (Junio 2008-Marzo 2009) se atendieron un promedio de 1278 pacientes/mes, 48% con medicación subcutánea incluyendo jeringas precargadas, plumas multidosis, dispositivos de reconstitución, autoinyectores, etc. En los registros de dispensación detectamos la no-concordancia de la fecha de recogida de medicación con la real lo que nos indicó iniciar este programa de comunicación incidencia con los dispositivos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realiza una sesión educativa inicial con una muestra del dispositivo para el aprendizaje entregándose las instrucciones y un teléfono de la UFPE. Para reconocer si se debe a un fallo en el dispositivo o error en la manipulación del paciente se realiza una entrevista y se reeduca al paciente en la técnica de manipulación. Las incidencias son registradas:datos del paciente, especialidad, lote y caducidad, la incidencia, material contaminado e instrucciones del almacenamiento previo al análisis final. Se estableció un circuito de comunicación con los laboratorios y sus servicios de farmacovigilancia para notificar defectos de los dispositivos incluyéndose en el circuito el abono económico de devolución o de un nuevo medicamento a la UFPE.
Resultados obtenidos.
Se han atendido un promedio de 511 pacientes/mes con medicación subcutánea. Se han realizándose un total de 542 entrevistas de inicio.
Se han registrado un total de 40 incidentes al servicio de UFPE de los cuales 25 se debieron a fallos en los dispositivos y 15 a problemas de manipulación del paciente. Se consiguió el abono económico de devolución en 21 de los casos. Se han realizado 20 sesiones de re-
educación y se ha notificado 19 incidencias graves a las autoridades sanitarias.
Lecciones aprendidas.
La comunicación de incidencias, incluida como actividad fundamental de la UFPE, permite detectar los puntos de mejora de educación al paciente y aumentar su seguridad mejorarndo su compromiso y el cumplimiento terapéutico.

C-793

HIGIENE DE MANOS.CALIDAD EN LOS CUIDADOS

MARTÍNEZ INFANTES A.M; RODRÍGUEZ JIMENEZ I.M. Y SAN ALBERTO GIRALDOS M..
UGC La Lobilla-Estepona

Palabras Clave: Higiene de manos, formacion, seguridad del paciente, calidad.

RESUMEN

Contexto de partida.
Estrategia para implantar la practica segura de higiene de manos manos entre los profesionales de la UGC.La Lobilla en A.P. y su divulgación en la comunidad. Los profesionales implicados son el personal de enfermería, médicos. auxiliares y personal de limpieza.Tambien se ha trabajado con cuidadoras informales en domicilio,talleres grupales,cuidadoras formales municipales e inmigrantes en colaboracion con una ONG.
Descripción del problema/necesidades.
La estrategia para la seguridad del paciente de la Consejeria de Salud recoje el abordaje de la prevencion de infecciones nosocomiales entre sus objetivos.Nuestra unidad decide poner en marcha esta estrategia,donde las enfermeras de familia se perfilan como protagonistas, asumiendo la formación y difundiendo entre la poblacion un entorno seguro en higiene de manos. En el ámbito comunitario se daba poca importancia a la trasmisión de infecciones, siendo las manos la via de mayor incidencia en la trasmision; por ello decidimos trabajar en la formación de profesionales sanitarios y cuidadoras domiciliarias, para que con la adquisición de buenas prácticas se aumente la calidad de vida de los pacientes que atendemos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se realiza formación de: - el equipo directivo a traves de la comision de seguridad del paciente para poner en marcha estrategias de implantacion de una practica segura en higiene de manos.
- los profesionales de la Unidad, con contenidos sobre lavado e higiene de manos, productos y material y estrategias para implantacion.
- las cuidadoras en el entorno domiciliaro del paciente.
Se adecua el entorno de trabajo mediante la equipaciopn de soluciones hidroalcoholicas y crema de manos en las consultas y maletines de Atención domiciliaria.
Resultados obtenidos.
Las soluciones hidroalcolicas son conocidas y utilizadas por los profesionales de la unidad y por las cuidadoras que realizan una tecnica correcta en higiene de manos. Las enfermeras de familia se convierten en las principales difusoras y formadoras de la higiene de manos en el domicilio. Desde AP se puede abordar la prevencion de infecciones nosocomiales creando un entorno seguro en higiene de manos.
Lecciones aprendidas.
Existe una correlación entre la formación y la adhesión a la técnica de lavado de manos.Planteamos para seguir avanzando en seguridad del paciente,realizar intervenciones en Guarderias, Centro de Alzheimer,,Comedores escolares y Consultorios.

C-794

REEVALUACIÓN DEL USO DE GASTROPROTECCIÓN EN URGENCIAS

NIETO CABALLERO SERGIO; LILLO GARCÍA IRENE; SOLER FERRERÍA DANA C; IZQUIERDO ROS Mª TERESA; MARTÍNEZ JIMÉNEZ EVA Mª, Y MONZÓ NÚÑEZ ELISABET.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Gastroprotección, AINES, Urgencias.

RESUMEN

Contexto de partida.
NIETO CABALLERO SERGIO, LILLO GARCÍA IRENE, SOLER FERRERÍA DANA C, IZQUIERDO ROS Mª TERESA, MARTÍNEZ JIMÉNEZ EVA Mª, MONZÓ NÚÑEZ ELISABET. HOSPITAL MORALES MESEGUER. UNIDAD DE URGENCIAS.
Descripción del problema/necesidades.
Objetivo: Reevaluar la adecuada indicación de gastroprotección en un problema/ servicio de urgencias comparándola con los resultados obtenidos en necesidades 2004 y 2008 en el mismo servicio.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Metodología: Estudio descriptivo trasversal. La obtención de la muestra fue mediante muestreo aleatorio estratificado del total de pacientes atendidos en Urgencias en Abril de 2009; excluyendo los no tratados al alta con AINES; resultando 152 pacientes. La fuente de datos fue el archivo de historias de urgencias. Las variables recogidas fueron edad del paciente, factores de riesgo de gastropatía, uso de gastroprotección e indicación por médico residente o adjunto. En el més previo se elaboraron unas tarjetas informativas con la indicación de gastroprotección repartiéndose éstas al personal facultativo. Se compararon los datos con los resultados de 2004 y 2008. El método estadístico de los datos fue Chi cuadrado de Pearson.
Resultados obtenidos.
Resultados: De los 152 pacientes el 34,38% (IC + 7.53%) presentaba algún factor de riesgo que indicara gastroprotección. La adecuación global del uso de gastroprotección es del 78.81% (IC + 6.47%) sin encontrar diferencias significativas entre 2004, 2008 y 2009. Tan sólo en un 13.10% (IC + 5.34%) se prescrrbió gastroprotector inorrectamente. El gastroprotector más usado ha sido omeprazol 36,59% (IC + 7.63%) La gastroprotección incorrecta total ha sido del 24.2% (IC + 6.78%) sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a 2004 y 2008 No hay diferencias estadísticamente significativas entre prescripción por residente o adjunto ($p > 0.10$). El fármaco gastroprotector prescrito fue correcto en el 100% (IC + 1.58%); en contraste con 2004 que fue del 72.7% observando diferencias significativas ($p < 0.001$) en 2008, que se han mantenido en 2009.
Lecciones aprendidas.
Conclusiones: Se ha evidenciado una alta adecuación global del uso de gastroprotectores pero sin diferencias significativas con 2004 y 2008 a pesar de la introducción de una medida formativa. La prescripción de gastroprotección incorrecta total ha descendido en términos relativos con respecto a los años anteriores sin conseguir encontrar significación estadística. Los fármacos gastroprotectores usados han sido los correctos, manteniéndose la mejora obtenida en 2008 respecto a 2004.

C-795

EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA

SANTOS PÉREZ, J.; VALDÉS SOLÍS, A.; NUÑEZ MONTENEGRO, A.; DURAN HOYOS, A.; CÓRDOBA GARRIDO, L. Y POZO MUÑOZ, F.
ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en un área sanitaria, desde la supervisión de gestión de cuidados y la unidad de calidad y en él trabajaron enfermeros/as y médicos/as tanto deatención especializada como de cada una de las zonas básicas que componen el área sanitaria.
Descripción del problema/necesidades.
El estudio pretende estudiar las distintas relaciones que existen entre los planes de cuidados planificados en un hospital y los que a posteriori se planifican en atención primaria. El análisis se realizó estudiando los informes de continuidad de cuidados urgentes del año 2008 y el posterior análisis de los planes de cuidados de esos mismos pacientes en atención primaria
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el estudio estuvieron implicados los equipos multidisplinares tanto del hospital como de las distintas zonas básicas de salud del área sanitaria. La difusión se está llevando a cabo a través de sesiones clínicas. La recogida de datos se realizó desde enero a abril de 2008 y en mayo se realizó el análisis de los datos recogidos así como las conclusiones y la discusión
Resultados obtenidos.
Los objetivos del estudio son analizar los diagnósticos más prevalentes al alta y su correlación con los determinados en atención primaria para planificar el plan de cuidados. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de todos los pacientes dados de alta con informe de continuidad de cuidaos durante el año 2008.
Lecciones aprendidas.
Una vez analizados los datos que se desprenden que los pacientes que son dados de alta con informe de continuidad de cuidados desde el Hospital y su seguimiento en atención primaria, podemos decir que lacontinuidad de cuidados dentro del Área Sanitaria es satisfactoria. Esto podemos corroborarlo si estudiamos los diagnósticos enfermeros al alta y los que posteriormente aparecen en las historias clínicas de atención primaria. La atención que se presta en cuanto a la forma y la rapidez en el tiempo, también son acordes con una adecuada continuidad. Como aspectos más mejorables, podemos destacar la necesidad de fomentar la atención precoz por parte de los profesionales en estos pacientes, ya que con ello se puede aumentar tanto la cobertura de los pacientes como la evitación de complicaciones prevenibles. Por otra parte, es muy importante seguir mejorando los registros por parte de las enfermeras y conseguir la mayor adecuación de éstos a los datos recogidos en las normas decalidad del Área Sanitaria para el año 2009 y posteriores.

C-796

SISTEMA DE VIGILANCIA ESPECÍFICO DE LA INFECCIÓN EN LAS UNIDADES NEONATALES. PRESENTACIÓN DE PROYECTO “PREVINE-2N”

ROSSELLÓ URGELL J *; ANTOLÍN JUÁREZ F; REBOLLO RODRIGO H; DE LA CAL LÓPEZ M; GUTIÉRREZ PASCUAL D Y LAS CUEVAS TERÁN I..
HOSPITAL U. MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER

Palabras Clave: Infección nosocomial, Vigilancia epidemiológica, Neonatología

RESUMEN

Contexto de partida.
PREVINE-2n nace de la colaboración entre la Unidad Neonatal y el Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente del hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.
Descripción del problema/necesidades.
Las infecciones hospitalarias (IH) causan importante morbimortalidad y gasto asistencial y su control es un componente fundamental de la calidad. Los recién nacidos ingresados en las Unidades Neonatales poseen características especiales que les confieren mayor riesgo. El proyecto PREVINE-2n nace de la ausencia de un programa estandarizado para la vigilancia de las IH en este área.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto PREVINE-2n es un sistema de vigilancia, con soporte informático, elaborado a partir de una herramienta ya existente para la vigilancia de las IH en población no pediátrica y adaptado para su aplicación en neonatología, incorporando factores propios de los neonatos asociados a la infección. Es fruto de la colaboración de los profesionales al cuidado de los neonatos y de los responsables de la vigilancia y control de la infección del hospital. El sistema se presenta en este momento y tiene como objetivo ser un método de vigilancia continua de las IH en las unidades de neonatología, inicialmente de nuestro hospital y posteriormente de las unidades de deseen utilizar el sistema.
Resultados obtenidos.
La vigilancia es una medida eficaz y costo-efectiva y junto con los métodos de control son los pilares básicos en la prevención de las IH. El desarrollo de sistemas multicéntricos es importante para la comparación entre hospitales y la identificación de estrategias comunes de prevención.
Permite el registro de datos y elabora informes de resultados de incidencia acumulada y densidad de incidencia de infección. Incorpora estimadores generales de riesgo, factores quirúrgicos, de riesgo intrínsecos y extrínsecos específicos neonatales, imprescindibles para la obtención de tasas ajustadas por riesgo que permitan una adecuada comparación de tasas. También se monitoriza el uso de antibióticos, la etiología de la infección y los perfiles de resistencia de los microorganismos más relevantes.
Lecciones aprendidas.
PREVINE-2N Posee la experiencia previa del sistema PREVINE, utilizado para la vigilancia de las IH en todo el hospital. Durante la implantación de la versión general, no se consiguió transmitir de forma apropiada la versatilidad del sistema y su capacidad de adaptación a las necesidades de las distintas unidades asistenciales, tanto a nivel local como nacional. Por ello es fundamental para el éxito del proyecto que todos los usuarios conozcan bien las características del sistema.

C-797

VARIACIONES EN LA COMUNICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAMS) EN EL AREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA

A.Melcón ; M.I.Mejía; M.I.Manzano y M.I.Serrano.
HOSPITAL VIRGEN MACARENA (sevilla)

Palabras Clave: Farmacovigilancia.

RESUMEN

Contexto de partida.

Servicio de Farmacología Clínica del Area Hospitalaria Virgen Macarena. Miembros del Servicio(Jefe departamento,adjunto,tutor residentes,residentes,becaria farmacovigilancia...) Subdirección de Calidad(coodinación entre distintos servicios,subcomisión de farmacovigilancia,etc..)

Descripción del problema/necesidades.

Favorecer la comunicación de RAMs y valorar su repercusión para así contribuir a mejorar la calidad asistencial.Implantación de medidas de mejora a través de actividades desarrolladas desde nuestro servicio(charlas en distintos servicios del hospital,a nuevos residentes,potenciar la farmacovigilancia desde la subcomisión con la notificación,evaluación y control de las RAMs desde la misma...)

Desarrollo y soluciones aportadas.

Entre marzo de 2005 y noviembre de 2008, para incrementar la farmacovigilancia en nuestro hospital se implantaron medidas como impartir charlas por parte de nuestro servicio dirigidos a diferentes áreas (farmacovigilancia selectiva), donde se deja una hoja de recogida de RAMs y con la información recopilada se ha realizado un estudio descriptivo analizando la incidencia, distribución por grupos terapéuticos, sexos, servicio que notifica y gravedad de la reacción, etc. Las RAMs graves o infrecuentes fueron llevadas a la subcomisión de farmacovigilancia y se les aplicó la escala de causalidad de Naranjo.

Resultados obtenidos.

La distribución por año ha sido de un máximo de 237 RAMs en 2006, y con un mínimo 102 en 2008. Respecto a la distribución por sexo, el mayor número de RAMs se dio en mujeres (59%). Los medicamentos más implicados fueron los fármacos cardiovasculares (23%, de los cuales digoxina 14.2% y resto 8.8%) y el servicio donde mayor número se comunicaron fue el de Urgencias (79%).

Lecciones aprendidas.

La implantación de medidas destinadas a favorecer la comunicación de las RAMs se traduce en un aumento de la detección de las mismas,lo que conlleva a una mejora en la calidad y la practica asistencial en nuestra área hospitalaria. Las variaciones experimentadas se correlacionan con la aplicación escalonada de dichas medidas a través de la realización de las actividades desarrolladas desde nuestro servicio, encaminadas a la mejora de la comunicación de las RAMs.

C-799

MEDIDAS ANTE UN BROTE DE INFECCIÓN POR ACINETOBACTER BAUMANII MULTIRRESISTENTE EN UCI.

ÁLVAREZ JURADO, J. ; GONZÁLEZ BALLESTEROS, A.B. ; GÓMEZ FUENTES, M.; GARCÍA ALONSO, M.; NAVARRO MARTÍNEZ M.D. Y LUZÓN GARCÍA, P..
HOSPITAL LA INMACULADA. AGSN ALEMERIA. HUERCAL-OVERA

Palabras Clave: Infeccion, Acinetobacter, UCI, brote nosocomial.

RESUMEN

Contexto de partida.

Se realiza en la UCI hospital la Inmaculada de AGSNA. Estan implicados la Dirección Gerencia, director y subdirector medico, preventivista, microbiólogas y todos los profesionales de la UCI, (medicos personal de enfermeria, celadores limpiadoras).

Descripción del problema/necesidades.

El dia 6/10/2008 se detectaron dos casos de infección por problema/ Acinetobacter Baumannii en la UCI que aconsejaron reforzar las necesidades medidas de control higiénico y ambiental, aparte de la medidas que aconsejan los protocolos vigentes. A pesar de estas medidas, se produjeron dos casos mas detectados el 3/11/2008, lo que constituyo la ocurrencia de un brote nosocomial.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Desde la evidencia de la existencia del brote se procedió a la creación de un Grupo de Mejora formado por: Gerente del Hospital, Director y Subdirectora medico, Preventivista, Microbióloga, Jefe de Servicio de UCI y Supervisor de UCI.. Dicho grupo decide como primeras medidas. -Control de pacientes: aislamiento de pacientes, manejo adecuado de antibióticos. -Control de la transmisión cruzada, con cumplimiento estricto de las precauciones de tipo respiratorio y de contacto. -Control del reservorio ambiental. Con limpieza exhaustiva continua de la unidad. -Refuerzo de la formación en aislamiento y control de infecciones cruzadas a todo el personal de la unidad.

Resultados obtenidos.

Se trató de un brote de una bacteria con una tasa de ataque muy alta en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Se reforzó el servicio de limpieza de UCI realizando, durante todo el brote y hasta que se declaró superado, limpieza exhaustiva y continua de la unidad. Se realizaron 6 sesiones clínicas formativas para reforzar la formación de todos los profesionales de la Unidad. Se realizo un estudio ambiental con 125 muestras recogidas, de las que 3 resultaron positivas. Se cumplieron de forma muy estricta las precauciones de tipo respiratorio y de contacto. Solo se produjo un caso mas a partir de la aplicación de las medidas.

Lecciones aprendidas.

Las muestras ambientales que resultaron positivas, se aislaron en el entorno de los enfermos y en lugares específicos sometidos a frecuente contacto por parte del personal cuidador. La puesta en marcha rápida de las medidas de control pudo desempeñar un papel importante para la superación del brote. El grupo de mejora resulto una herramienta eficaz para la aplicación de medidas y detección de áreas de mejora. Tras 6 meses desde la extinción del brote no se ha vuelto a detectar la presencia en la UCI de esta bacteria.

C-800

COMISIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LEGIONELLA

SOTO VILLALOBOS J; RAMÍREZ FLORES C; GRIERA BORRAS M Y GARCÍA GARCÍA J.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Seguridad legionella

Contexto de partida.
En el Hospital Universitario Virgen Macarena y Área, dotado de aproximadamente 900 camas y más de 5.000 profesionales, desde hace varios años existe una experiencia consolidada de las actividades llevadas a cabo por las Comisiones de Control y Seguimiento de Legionella. Constituida por trece miembros pertenecientes a las Direcciones de Servicios Generales, Médica y de Enfermería, así como responsables de Mantenimiento, Prevención de Riesgos Laborales, Medicina Preventiva y Microbiología. Con reuniones quincenales se ha potenciado la comunicación y seguimiento de los resultados, conclusiones y protocolos de actuación.
Descripción del problema/necesidades.
Bajo la problemática de contar con unas instalaciones de más de treinta y cinco años y con la esperanza de llegar más allá de lo que obliga el Real Decreto 865/2003, se crea un protocolo de actuación procurando evitar la incertidumbre de posibles aislamientos de legionella. Debido al aislamiento de forma repetida de Legionella spp en diversos puntos se llevó a cabo un análisis de las posibilidades de actuación de forma permanente y preventiva y no puntual. Las actuaciones puntuales se efectúan según el RD 865/2003.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Dado que el principal problema es la pérdida de Cl en agua caliente en los puntos que han resultado positivos, valorando también el coste económico de cada una de las alternativas, se elige el sistema Anolite de cloración continua, manteniendo de esta forma niveles de cloro óptimos en ACS, implantado desde julio de 2007. Se potencia la recirculación de los circuitos controlando así la temperatura por encima de 50º C. Se acuerda vigilar los resultados obtenidos durante un año. Se realizan análisis estadísticos con los datos de los distintos muestreos.
Resultados obtenidos.
Se elabora un protocolo detallado para el control de legionelosis que contempla: -Medidas preventivas en las instalaciones de agua sanitaria y circuito de climatización -Actuaciones correctivas en caso de detección positiva de Legionella spp.
-Actuaciones en situaciones de obra, remodelación y brote. Con el análisis de los datos estadísticos se han detectado diversas deficiencias estructurales en zonas puntuales que se han ido corregido y posteriormente confirmado los resultados satisfactorios.
Lecciones aprendidas.
Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de continuar con la misma sistemática de trabajo utilizada, con el mismo procedimiento de evaluación establecido para el cumplimiento de los objetivos. El interés, esfuerzo y persistencia, nos permite estar satisfechos en el control de legionella.

C-801

ACTUACIONES NO ASISTENCIALES EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

RAMÍREZ FLORE C; SOTO VILLALOBOS FJ; GRIERA BORRAS M Y GARCÍA GARCÍA J.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: No Asistenciales, Salud Mental.

RESUMEN
Contexto de partida.
Hospital U. Virgen Macarena Hospital Regional tipo I más de 4.628 profesionales Se realiza en el Area de Salud Mental Dirección, Personal asistencial y no asistencial. Este proceso ha supuesto nuevas formas de interactuación no exentas de conflictos como pueden ser las delimitaciones de competencias ¿hasta donde cada uno?, así como compaginar los intereses asistenciales y de seguridad de los pacientes, con su confort y bienestar
Descripción del problema/necesidades.
Infraestructuras obsoletas, medidas de seguridad en algunos casos insuficientes, en otras entorno físico no confortables en algunos casos podían ser claustrofóbicos. Falta de protocolos de trabajo. Inseguridad de personal no cualificado. Por ello, se vio la necesidad de realizar fuertes inversiones en estructuras; protocolizar el trabajo de los profesionales de Servicios Generales
Desarrollo y soluciones aportadas.
Entre los años 2004 y 2009 realización reformas estructurales; Hospitalización, URA, Unidades de Día. Actualmente zonas de talleres, esparcimiento, zonas de estar con sus familiares para los enfermos ingresados en la Unidad Agudos. Proyecto C. Terapéutica en dos solares 500 m cada uno Adoptamos medidas de seguridad pero que permitieran confort. Actividades encaminadas a mejorar la capacidad de movimientos que permitan al paciente un mejor control sobre sus condiciones físicas y psicomotrices. Objetivos Generales: Conseguir que el paciente adquiera seguridad para realizar de forma automática las AVD. Favorecer la recuperación de un nivel de autoestima aceptable. Motivar a que integre en su vida habitual, tras el alta.
Adscripción personal específico: Celadores, monitores (ayudan a relacionarse con otras personas) Ingeniero Técnico responsable mantenimiento. Implementación protocolos trabajo
Resultados obtenidos.
Fuentes: Jefa Servicio Psiquiatría, libros incidencia personal seguridad, familiares Información inmediata de incidencias (24 horas) Los profesionales no asistenciales saben que hacer y como reflejarlo Necesidades de más formación en habilidades sociales Necesidad de cualificación profesional
Lecciones aprendidas.
Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de incrementar las actuaciones en el aspecto social, tener fórmulas para que los pacientes puedan tener un mayor grado de intimidad con sus familias durante las visitas (es uno de nuestros ob jetivos finalizada la reforma pendiente), es necesario incrementar las actividades que les ayude a integrarse posteriormente en el exterior. Continuar implementando protocolos de trabajo. Hay que reforzar la formación en habilidades sociales.

C-802

PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL DISTINTIVO “MANOS SEGURAS”

LUPIÓN MENDOZA, CARMEN; GARCÍA ORTEGA, LOLA; ALEX SANCHEZ, Mª DOLORES; LOPEZ SANTOS, JOSEFINA; GONZÁLEZ FERNANDEZ, CARMEN Y RODRÍGUEZ BAÑO, JESUS.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

Palabras Clave: Higiene de manos, Infección nosocomial

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla así como en toda el Área (centro periféricos de diálisis, Hospital de San Lázaro, centros de especialidades, etc.). Estuvo dirigido a todo el personal del hospital así como a familiares de los pacientes ingresados en ese momento en el hospital
Descripción del problema/necesidades.
Está demostrado que la higiene de manos es la medida más eficaz para la prevención y control de las infecciones nosocomiales (IN). Nuestra área hospitalaria cuenta con un programa de vigilancia, prevención y control de la IN, por lo que consideramos prioritario el cumplimiento de esta medida, que además contribuirá al descenso del índice de IN considerado uno de los parámetros más importantes para la evaluación de la Calidad asistencial
Desarrollo y soluciones aportadas.
En el año 1998 se realizaron cursos de formación sobre lavado de manos para el personal asistencial del hospital. En 2001se instalaron soluciones alcohólicas en todas las habitaciones, consultas y controles del Hospital. En 2006 se realiza la 1ª campaña de higiene de manos con una duración de 24 horas tanto en el Hospital Macarena como en San Lázaro. En el 2007 se realiza 2ª campaña en toda el área y en 2008 la 3ª campaña. A lo Largo de todos estos años hemos continuado con la formación sobre higiene de manos tanto al personal de plantilla como a los de nueva incorporación.
Resultados obtenidos.
Es difícil medir la adherencia a la higiene de manos por parte del personal sanitario, para ello son necesarios unos medios que no siempre tenemos a nuestro alcance. Sólo en una de las campañas pudo hacerse observación del cumplimiento antes y después de la formación. Como dato podemos observar que a la 1ª campaña asistieron 1400 sanitarios, a la 2ª 1151 y de la 3ª no disponemos de datos, dado el diseño de la misma. Lo que si podemos constatar es que nuestro hospital ha pasado de una tasa de 0.5, 0.3 por 100 ingresos de SARM y acinetobacter baumannii MR respectivamente a una tasa de 0.03,
0.02 según estudios de incidencia realizados a lo largo de estos años. En el año 2009 se consigue el distintivo “manos seguras”.
Lecciones aprendidas.
Es necesaria la implicación de todos los estamentos del Hospital pero fundamentalmente de los gestores. Es necesario estar al tanto de los estudios que se realizan para el cumplimiento de esta medida para adoptar los avances conseguidos por la investigación en este tema. La formación continua y continuada es fundamental para el mantenimiento de las tasas de cumplimiento.

C-803

EVALUACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

PÉREZ COSTA,R; SIERRA PREFASI,FJ; LÓPEZ PICAZO,T; LORENZO ZAPATA,T; RAIGAL JURADO,S Y MORENO BARBA,C.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Infeccion Urinaria, Urinocultivo

RESUMEN

Contexto de partida.
El estudio se realizó en un Servicio de Urgencias Hospitalario, por médicos adjuntos de dicho Servicio.
Descripción del problema/necesidades.
Las Infecciones del tracto urinario(ITU) son un motivo de consulta frecuente en un Servicio de Urgencias y las resistencias al tratamiento empírico convencional un problema creciente.Los objetivos del estudio son: conocer la incidencia de las ITU,indicación de urinocultivo, patrones de resistencia antimicrobiANA y adecuación del tratamiento empírico
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se incluyreron todos los pacientes con diagnóstico de ITU que consultaron en nuestro servicio en un periodo de 15 días. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y en ellos valoramos: edad,sexo, antecedentes patolóficos, localización y gravedad de la infección, sedimento urinario, urinocultivo, antibiograma y tratmiento empírico. Los resultados fueron valorados con el programa estadístico SPSS
Resultados obtenidos.
El tamaño de la muestra fue de 92 pacientes(2.10% de todas las urgencias);el 33.7% eran hombres y el 66.3% mujeres;la edad media fue 48.17+24.28.El 12.1% eran diabéticos,13.2% llevaban sonda vesical y el 74.7% no tenían ningún factor de riesgo.El 50% eran ITU complicadas y la localización mas frecuente fue cistitis(39%),prostatitis(15.2%) y pielonefritis(21.7%). En el sedimento urinario, los nitritos fueron positivos en 32.1% de los pacientes,bacterias positivas en 61.3% y mas de 20 leucos/campo en el 55.6%;ninguno de estos datos tenía relación significativa con los cultivos positivos.Se pidió cultivo al 60.9% de los pacientes siendo positivo el 47.3%,negativo el 23.6% y contaminado el 29.1%.La petición de cultivo si tenía significación estadística con la gravedad(p0.033) y la localización(p0.004).E.coli fue el aislado mas frecuente(17.4%) seguido de enterobacter(4.4%),proteus mirabilis(2.2%) y klebsiella pneumoniae(2.2%). El 40% de los aislados eran resistentes a quinolonas,el 20% a amoxicilina-clavulánico,7.9% acefalosporinas 3ª y 2.2% a fosfomicina.El tratamiento empírico mas utilizado fue amoxi-clavulánico(26.1%) seguido de quinolonas(23.9%), cefalosporinas 2ª(22.7%) y fosfomicina(18.2%).El tratamiento rmpírico si tuvo relación estadísticamente significativa con la gravedad y la localización de la infección(p<0.001)
Lecciones aprendidas.
La ITU es un motivo de consulta frecuente en Urgencias.La indicación de cultivo es adecuada con relación a la severidad del cuadro. Se aprecia un elevado número de cultivos contaminados.No se recomienda el tratamiento empírico con quinolonas,debido a la alta tasa de resistencias

C-804

MEJORA EN EL TIEMPO DE DEMORA ENTRE EL TEST DE O'SULLIVAN Y LA SOG DE 100 GR. MEDIANTE UN NUEVO CIRCUITO DE COMUNICACION

SALAS HERERRO, E.; MONTILLA LÓPEZ, MC.; BACHILLER BURGOS, J. Y GARCÍA GONZÁLEZ, F..
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital san Juan de Dios del Aljarafe. Servicio de Laboratorio. Facultativos de Bioquímica Clínica, Responsable de la unidad de comunicación del laboratorio, Secretarias del Servicio de Laboratorio. Matronas del distrito ambulatorio Aljarafe norte. Sevilla

Descripción del problema/necesidades.

El proceso asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio de la junta de Andalucía especifica que entre la 24 y la 28 semanas de gestación debe realizarse un test de O'Sullivan para despistage de diabetes gestacional a todas las embarazadas, realizándose una sobrecarga oral de glucosa de 100 gr (SOG 100gr.) diagnóstica de diabetes gestacional a aquellas embarazada cuyos test de O'Sullivan sean positivos, dos semanas después. La SOG de 50 gr se administra en los centros de salud de atención primaria, pero la SOG de 100 gr. se administra en el laboratorio previa cita. Analizamos la demora entre las sobrecargas durante 2006. El resultado indicaba una media de 26,9 días. También se observó que de las embarazadas que debían someterse a una SOG de 100 gr. lo hacían el 59,1%, mientras que del 40,1% restantes no teníamos constancia que lo hubieran hecho y por tanto desconocíamos si eran pacientes con diabetes gestacional no tratadas.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto consiste en gestionar desde el laboratorio las citas creando un nuevo circuito de comunicación que implica al responsable de la unidad de comunicación, a los facultativos de bioquímica clínica y al personal administrativo del laboratorio. Este nuevo circuito de comunicación se expuso y consensuó en la mesa interniveles creada entre el laboratorio y los responsables de atención primaria de nuestra área hospitalaria y se puso en marcha el 01/01/2008.

Resultados obtenidos.

1.- Tiempo de demora:La media se encuentra en 14 días. Comparados los resultados con los obtenidos durante 2006 se observa una reducción estadísticamente significativa ($p<0.001$) con un intervalo de confianza del 99%. 2.-El número de embarazadas con test de O'Sullivan positivo que se sometieron a la SOG de 100 gr. se elevó hasta el 77,35%. Se ha modificado el circuíto de comunicación en enero de 2009 como àrea de mejora, se hará una valoración preliminar al final de primer semestre.

Lecciones aprendidas.

El nuevo circuito de comunicación ha permitido reducir el tiempo de demora entre sobrecargas cumpliendo con los tiempos marcados en el proceso de embarazo; así como elevar el porcentaje de embarazadas que se someten a la SOG de 100 gr.

C-805

EXPERIENCIA EN FORMACIÓN LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO PARA LA IMPLANTACIÓN DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA EN LOS QUIRÓFANOS

DE LA CAL LÓPEZ M*; REBOLLO RODRIGO H; ; ROSSELLÓ URGELL J ; ANTOLÍN JUÁREZ F Y CASANUEVA DE LA CRUZ J.
HOSPITAL UNIVERSITARIO

Palabras Clave: Higiene Manos, Solución Hidroalcohólica, Antisepsia Quirúrgica.

RESUMEN

Contexto de partida.

En febrero del 2009 se inician los talleres de formación del lavado quirúrgico con solución hidroalcohólica, en los quirófanos del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" hospital de tercer nivel dirigidos a facultativos, enfermería y auxiliares de enfermería del área quirúrgica.

Descripción del problema/necesidades.

Para dar a conocer la técnica de lavado de manos quirúrgico con problema/ solución hidroalcohólica, en los quirófanos del hospital, ya que el necesidades personal de quirófanos debe lavarse las manos con exaustividad, con
la finalidad de eliminar la flora transitoria y al máximo la flora residente. Se inicia así un período de formación en la técnica de lavado de manos quirúrgico con solución hidroalcohólica dando además a conocer los tiempos recomendados para su adecuado manejo.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se organizaron talleres de formación por servicios quirúrgicos, soluciones aportadas dirigidos a facultativos, personal de enfermería y auxiliares de enfermería del área quirúrgica. Se registraron los asistentes al mismo, encargados de formar a posteriori a sus compañeros del servicio. Una vez registrados se analizo la información, para conocer el número de personas formadas.

Resultados obtenidos.

Los talleres se realizaron los viernes a primera hora quedando parte del personal liberado de su tarea para la asistencia a los mismos.

Participaron un total de 82 personas, 39(49,4%) médicos y 40(50,6%) enfermeras, de los cuales mujeres fueron 54 (65,9%) y hombres 28(34,1%). Los facultativos asistentes fueron en su mayoría anestesiólogos (35,9%) y el servicio con mayor número de participantes fue neurocirugía con 20,7% de los asistentes por servicios, este servicio recoge también el mayor porcentaje de asistentes médicos cirujanos (70,6%), ocurre algo similar en el taller realizado en el servicio de otorrinolaringología y cirugía maxilofacial que el 70,0% de los formados fueron médicos. La formación a partir de aquí es a cargo de los propios compañeros, repitiéndose la actividad si es necesario en algún momento.

Lecciones aprendidas.

Tras llevar a cabo esta actividad se puede concluir que los asistentes tuvieron un alto grado de interés, ellos eran participes del aprendizaje repitiendo la técnica de lavado cada profesional hasta que consideraba que la ejecutaba de la forma adecuada. Además en cada zona de dedicada al lavado queda pegado un póster donde se recuerda la técnica. El método empleado con práctica realizada en el lugar de trabajo puede ser útil para otras unidades asistenciales.

C-806

GUÍA INFORMATIVA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y SUS FAMILIARES

GARCÍA OLIVEROS, I; SANTOS, AL; BENITEZ, A; TUDELA, L; GARCÍA GAÑÁN, MJ Y RODRÍGUEZ,I.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Palabras Clave: Seguridad de pacientes, Guías informativas, pacientes.

RESUMEN

Contexto de partida.
íEl trabajo se ha realizado en la Unidad de Mama del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, con la colaboración del Servicio de Calidad y Documentación clínica de dicho hospital y la Asociación Española Contra el Cáncer.
Descripción del problema/necesidades.
Durante la elaboración de un plan de seguridad del pacinete en la problema/ Unidad de Mama, se detectaron una serie de efectos adversos necesidades provocados por fallos en la información ofrecida a la paciente. Con la
finalidad de evitar dichos efectos adversos se valoró la realización de una guía informativa para mejorar la cantidad y la calidad de la información ofrecida a la paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se inició con la elección de un grupo de trabajo responsable de la elaboración de la guía, copuesto por médicos especialistas en Radiodiagnóstico, Cirugía General, Medicina Nuclear, Cirugía Plástica, Oncología Radioterápica y Ginecología, y por enfermeras de las consultas de Radiodiagnóstico, Ginecología y Anestesia. Las fases de elaboración de la guía fueron: Primera fase: reunión de los componentes del grupo para establecer qué información y en qué forma se iba a ofrecer a las pacientes. A continuación cada miembro del grupo se responsabilizó de realizar la parte correspondiente a su especialidad, el responsable del grupo reunión la información aportada por cada uno de ellos, y les remitió el borrador de la guía. Segunda fase: Puesta en común de la guía al resto de la Unidad y al Servicio de Calidad. Tercera fase: Presentación de la guía a la AECC para obtener su opinión y propusestas de mejora. Cuarta fase: Edición provisional de la guía con difusión a un número reducido de pacientes durante un mes para recabar su opinión y propuestas de mejora. Quinta fase: Edición final.
Resultados obtenidos.
Actualmente nos encontramos en la cuarta fase de la elaboración de la guía, y esperamos tener datos scbre su utilidad mediante la realización de una encuesta a las pacientes para la fecha de realización de este Congreso.
Lecciones aprendidas.
La elaboración del plan de seguridad nos ha dado la oportunidad de conocer la importancia que tiene que las pacientes estén adecuadamente informadas para dirminuir efectos adversos y a su vez la elaboración de la guía nos ha permitido un mayor acercamiento a los problemas con los que se enfrentan dichas pacientes en cuanto a información, sobre todo ante el bloqueo mental que les produce la mala noticia que reciben y la va¡riedad de profesionales con los que van a contactar y nos ha permitido valorar la importancia de la información escrita.

C-807

CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA ¿COMO PERCIBE EL CLIENTE EL CAMBIO?

CUCULLO LÓPEZ, JM*.; CIERCOLES SIERRA MJ; GUAJARDO SINUSIA I; NAVARRO CIRUGEDA M; HELLIN GRACIA MJ Y NUÑEZ ALONSO E.
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Palabras Clave: Anciano, Consultas Externas, Satisfacción del usuario.

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en mayo 2009, por equipo interdisciplinar (médico y enfermera) en el consultas externas del Servicio de Geriatría.
Descripción del problema/necesidades.
Un indicador fiable de calidad asistencial es la percepción del cliente respecto a la asistencia. Nuestro hospital sufre un proceso de cierre definitivo a finales de 2008, justificado por los defectos de infraestructura que presentaba. Todo el personal y el modelo asistencial se trasladan a otro centro que ha sufrido una rehabilitación estructural. Queremos analizar la percepción actual de la asistencia en el nuevo centro y la percepción del cambio (muestras independientes del año 2006 y 2009).
Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis en dos fases: año 2006 y 2009. Realización de encuesta de satisfacción ad hoc, voluntaria, anónima y autocumplimentada. Compuesta por 15 ítems (infraestructura, atención de profesionales, información, documentación, trasporte sanitario, información) puntuados de 0 a 3. Confeccionada por geriatra y enfermeras de servicios centrales. Segundo muestreo: 2º semANA de mayo de 2009.
Resultados obtenidos.
Año 2009: 60 pacientes. Valores medios: adecuación sala de espera (2.24), atención enfermera (2.78), atención médico (2.76), escucho el médico (2.79), información enfermedad (2.66), información pruebas (2.62), informe clínico (2.69), soluciones propuestas (2.42), trámites (2.52), horario (2.48), demora (2.28), transporte sanitario (2.53), adecuación de pruebas (2.62), atención a su problema (2.57), satisfacción por el servicio (2.74). Las comparaciones de medias de ambas encuestas son significativas en: peor percepción en la atención médico/enfermera y en la resolución de los trámites y mejor en la adecuación de la sala de espera. Analizado mediante paquete estadístico SPSS 10.0.
Lecciones aprendidas.
Persisten unas buenas puntuaciones generales en relación a datos de 2006. Se reconoce como factor positivo la atención en general y el trato que se les suministra. Pero parece que la satisfacción de este usuario no se relaciona directamente con infraestructuras, lo cual resulta llamativo. Debe conducirnos a una profunda reflexión sobre cuales son las razones que expliquen la influencia negativa observada en el cambio experimentado, físico y de satisfacción. Nos debemos centrar en la búsqueda de otros factores (clima laboral, inclusión de un hospital en otro…) asociados al cambio, mediante nuevos análisis futuros.

C-808

IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

LOSPITAO GÓMEZ, S*; MEDINA REINA, A; BALUGO HUERTAS, S; ALONSO OVIES,A; VILLAR SÁNCHEZ, MI Y HOLGUÍN FERNÁNDEZ, MªC.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Palabras Clave: Seguridad del paciente, Enfermería, Evento Adverso, Cuidados, Intensivos.

RESUMEN

Contexto de partida.

El Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Fuenlabrada lleva trabajando en la Seguridad y la Calidad de los cuidados desde hace más de un año. Es un grupo multidisciplinar con un alto grado de compromiso e implicación en esta cuestión. Recientemente ha puesto en marcha el Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos adversos (EA)en la Unidad de Cuidados Intensivos

Descripción del problema/necesidades.

Las Unidades de Cuidados Intensivos dada su complejidad y la problema/ gravedad de los pacientes, las diversas interacciones entre los necesidades pacientes y los profesionales, la constante realización de
procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la administración de múltiples fármacos, situaciones, la exigencia de atención rápida en situaciones de emergencia, técnicas invasivas, la alta tecnología y especificación, la urgencia en la realización de procedimientos invasivos, frecuentes incorporaciones de personal sin experiencia en cuidados críticos, la sobrecarga de trabajo, el número de horas trabajadas, etc. hacen que los pacientes en situación crítica se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran eventos adversos

Desarrollo y soluciones aportadas.

Diseño y desarrollo de un Sistema de Notificación anónimo, confidencial y voluntario en formato papel donde se registra categoría profesional, implicación, descripción del incidente o EA, causa relacionada, evitabilidad. Es un cuestionario sencillo y fácil de complementar. Se informó a todos los profesionales del Servicio de su puesta en marcha.

Resultados obtenidos.

Con las notificaciones registradas se realizará posteriorme el análisis causa-raíz de aquellos casos reportados según el nivel de riesgo para diseñar y poner en marcha medidas de mejora. Se está valorando el cambio de sistema de notificación a un formato electrónico o informatizado.

Lecciones aprendidas.

La seguridad debe establecerse como un valor imprescindible en la asistencia sanitaria, pero para ello es necesario comprender cuáles son las situaciones adversas que pueden acontecer cuando se realiza algún procedimiento o cuidado, para así poder evitar o controlar los factores que incitan a los errores y que vulneran la seguridad del paciente en Cuidados Intensivos Conocer la epidemiología de los EA nos permitirá desarrollar estrategias y mecanismos de prevención, siendo objetivo principal de la gestión de riesgos derivados de la asistencia sanitaria la mejora de la calidad de cuidados seguros. Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

C-809

DETECCION DE ALOANTICUERPOS EN PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS

SÁNCHEZ PARRA, A.; GARCÍA SÁNCHEZ, M. J. ; NAVARRO CASTRO, A.; TUDELA ESPEJO, M. Y JIMENEZ TORRES, R.. A.S.N. ALMERIA

Palabras Clave: Hemotransfusion, Aloanticuerpos, Pruebas Pretransfusionales

RESUMEN

Contexto de partida.

Se desarrolla en la Unidad de Gestiion Clinica de Biotecnologia del Hospital La Inmaculada, del Area de Gestion Sanitaria Norte de Almeria.

Descripción del problema/necesidades.

La realización de pruebas de cribaje de anticuerpos irregulares (AI) en receptores de transfusión es una parte fundamental de las pruebas pretransfusionales. Especialmente útil en mujeres que han tenido gestaciones y en cualquier receptor previamente transfundido. Es importante evaluar la incidencia de aloanticuerpos clínicamente significativos en las pruebas pretransfusionales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Revisión de los AI detectados en los años 2.007 y 2.008. Transfusión de 4422 CH en los 2 años. Cribaje de AI: tarjeta de gel (Serascan Diana), en salino y en Coombs. Si el escrutinio de anticuerpos irregulares es positivo se procede a la identificación del anticuerpo mediante la realización de un panel de identificación, enfrentando el suero a 11 hematíes O de fenotipo conocido (Identisera Diana).

Resultados obtenidos.

Durante los años 2.007-08 se han realizado 8.625 escrutinios de anticuerpos irregulares, detectandose 119 casos positivos, con la siguiente distribución en orden decreciente de frecuencia, frente: Anti-D 39, Anti-E 14, Anti-Jka 14, Anti-Lea 13, Anti-Leb 5, Anti-M 5, Anti-c 5, Anti.-Kell 3, Anti-C+D 2, Anti- S 2, Anti-E+Jka 1, Anti-Fyb 1, Anti-Fya 1, Anti-E+Kell 1. No se detecto especificidad alguna en 13 casos.

Lecciones aprendidas.

Anti-D sigue siendo el aloanticuerpo más prevalente ya que la mayoria de los receptores implicados son mujeres, con gestaciones cuando no se realizaba la profilaxis de la EHRN. Esta diferencia deberia amortiguarse con el tiempo. Destacar la elevada incidencia de anti-E que podría reducirse transfundiendo hematíes con fenotipo Rh completo idéntico.

C-810

PREVENCIÓN DE ERRORES EN MEDICACIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS.

CUCULLO LÓPEZ, JM*; CÁNOVAS PAREJA, C; GARCÍA-ARILLA CALVO, E; REBOLAR TORRES, E; USIETO PIEDRAFITA, T Y VIAL ESCOLANO, R.
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Palabras Clave: Anciano, Errores medicación, Dosis unitaria.

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio transversal de prevalencia puntual realizado en mayo (20082009) por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermería, farmacéuticos) en el área de hospitalización del Servicio de Geriatría.
Descripción del problema/necesidades.
Importancia de la prevención de errores de medicación. Evaluar puntos críticos del proceso terapéutico desde la prescripción hasta la administración del medicamento, analizando las diferentes fases del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Análisis en dos fases del proceso de la prescripción médica (prescripción electrónica en año 2009), transcripción a la hoja de enfermería, preparación del carro de unidosis y distribución de la medicación. Difusión de resultados. Detección de errores y propuestas de mejora.
Resultados obtenidos.
Año 2008: 59 pacientes edad m. 84,3 años.Órdenes Médicas (prescripción manual): identificación incorrecta 12, letra ilegible 4, abreviaturas no comunes 14. Ausencia de dosis 16, de vía 6 e intervalo de administración 2. No actualizadas prescripciones condicionales 3. Transcripción hoja enfermería: órdenes médicas incompletas 9, constan medicamentos suspendidos 2, prescripciones condicionales no actualizadas 9. Transporte y recepción en farmacia con retraso 8 (causa médica 5, celador 3). Errores en preparación del carro 4 (2 en transcripción y 2 en llenado). Error en distribución de colirios e inhaladores 4. Medicación suspendida no retirada 4. Registro correcto toma de medicación 77,4%. Año 2009: 51 pacientes edad m. 86,5 años. Órdenes Médicas (prescripción electrónica): No errores de identificación. Ausencia de dosis 5, de vía 3 e intervalo de administración 7. No actualizadas prescripciones condicionales 2. Transcripción hoja enfermería: órdenes médicas incompletas 9, constan medicamentos suspendidos 6, prescripciones condicionales no actualizada 1. Errores en preparación del carro: 2 en llenado. Error en distribución: no retirada fármaco suspendido 2, confusión paciente 1. Registro correcto toma de medicación 81%.
Lecciones aprendidas.
El conocimiento de los puntos críticos del sistema de distribución de dosis unitaria permite establecer estándares propios de calidad que facilitan el seguimiento en el tiempo y permiten implantar medidas de mejora. La implantación de la prescripción electrónica en nuestro Servicio ha disminuido errores en el proceso terapéutico en las fases de prescripción médica, de transporte de las órdenes y en la preparación del carro de unidosis.

C-811

EL FEEDBAK CON LOS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL DE COMUNICACIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORA

SABATÉ I AGUILÀ, YOLANDA; BRIANSÓ FLORENCIO, MARIA; NAVARRO MASEGOSA, INMA; SAMOLA, GEMMA; CAVALLÉ I FERRÉ, CARMEN Y VILA, ROSA.
HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS

Palabras Clave: Seguridad Clínica, Declaración incidentes, Feedbak

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Universitario Sant Joan de Reus (HUSJR), con 17140 altas en 2008, es el punto de partida de nuestro estudio, llevado a cabo por miembros de la comisión de Seguridad Clínica.
Descripción del problema/necesidades.
El interés por los riesgos y los efectos adversos relacionados con la problema/ atención sanitaria no es nuevo, forma parte de las preocupaciones necesidades diarias de los profesionales sanitarios. Su análisis y la revisión de las condiciones latentes de los errores son fundamentales para practicar una atención a la salud libre de daños evitables. En el 2005 el HUSJR creó una comisión de Seguridad Clínica, multidisciplinar y multicéntrica, encaminada a detectar fallos en el sistema y errores de las personas y mitigar sus consecuencias. Se elaboró una página web junto con un sistema de declaración de efectos adversos y centinela. La mayoria de incidentes declarados generan propuestas de mejora que se publican en la web. Pero si las declaraciones no generan este tipo de propuesta ¿como realizamos el feedbak con los profesionales?
Desarrollo y soluciones aportadas.
Establecimiento de un sistema de valoración y clasificacion de los incidentes para dar respuesta a todas las notificaciones y crear un circuito que favorezca el feedbak con los profesionales que realizaron la notificación. Revisión de todas las notificaciones, agrupación por áreas temáticas, al mismo tiempo revisar todas las propuestas de mejora y clasificarlas por las mismas áreas. Publicación en la página web.
Resultados obtenidos.
Agrupamos las notificaciones recibidas desde 2005 a junio de 2009 por áreas (n:118): Prescripción/adm de fármacos 38, procedimientos incorrectos 28, identificación pacientes 11, dispositivos defectuosos/no disponibles 11, pruebas médicas 4, personal inadecuado/no cualificado 9, caducidad fármacos 1, informática 8, muerte paciente 2, otros 6 Cada área ha generado alguna acción en función del momento en que se ha generado y se han publicado a finales de 2008 en la página web del centro. Desde su publicación han aumentado considerablemente las notificaciones, sobre todo en este último semestre de 2009. 2005:6, 2006:25, 2007:22, 2008:30, 2009: 33 en 6 meses. También se han hecho sesiones periódicas de difusión de los resultados en todos los servicios del centro.
Lecciones aprendidas.
El sistema de notificación de incidentes nos proporciona una información clave para poder detectar aquellos aspectos sensibles a mejorar, pero lo imprescindible es un correcto feedbak con los profesionales para así continuar aprendiendo de la experiencia ajena, proporcionando información útil. “La seguridad del paciente no es un destino, es un viaje”

C-812

ANÁLISIS DE UN EFECTO ADVERSO EN CUIDADOS INTENSIVOS

BARRADO NARVIÓN, M JESÚS; GONZÁLEZ DE LA CUESTA, DELIA; BARA MACHÍN, GLORIA Y LÓPEZ IBORT, NIEVES. HUMS

Palabras Clave: Efecto adverso, Cuidados intensivos, Broncoaspiracióon.

RESUMEN

Contexto de partida.
EN el contexto de la unidad de cuidados intensivos de neurtraumatología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, se analiza un caso por el equipo de enfermería de la unidad. Tanto enfermeras como auxiliares de enfermería y personal médico estuvo implicado.

Descripción del problema/necesidades.
La necesidad de seguirdad del paciente en la realización de procedimientos de la vida diaria es primordial en unidades de cuidados intensivos. La recuperación de estos pacientes es larga y costosa y debemos velar pq sea segura. Como consecuencia de este caso, una broncoaspiración por alimentos, el resto de los pacientes se benefician de un plan de mejora que asegura que este efecto no se vuelva a repetir. Se empleó el análisis causa-raiz.

Desarrollo y soluciones aportadas.
El proyecto se llevó a cabo a raiz de un curso de seguridad del paciente en el marco del proyecto bacteiemia zero avalado por el Ministerio de Sanidad. Se implicó el personal de enfermería. Está en fase de implementación del procedimiento, sin embargo, como programa de actuación concreto ya es efectivo.

Resultados obtenidos.
Desde este efecto adverso y la puesta en marcha de las medidas no ha vuelto a ocurrir ningún efecto de este tipo en los pacientes de nuestra uci.

Lecciones aprendidas.
No se puede menospreciar ninguan señal de alerta. El profesional que entre en una uci debe serlo desde el principio, trabajra con responsabilidad, no se puede experimentar con los pacientes porque le sea mas sencillo a la contratación.
El trabajo en equipo es fundamental en ucis. No hay actividad pequeña ni sin importancia sobre cualquier paciente.

C-813

SISTEMA LOCAL DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD AL PACIENTE EN EL PROCESO RADIOTERÁPICO

ANGULO PAÍN, E.; IBORRA OQUENDO, A.; ALMANSA LÓPEZ, J.; QUIÑONES RODRÍGUEZ, L.A. Y CASTRO RAMÍREZ, I..
HOSPITAL U. PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Seguridad, Proceso Radioterapico, Planificación, Notificación.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo lo realizó el personal técnico y facultativo del Servicio de Radiofísica del Hospital Puerta del Mar de Cádiz. A raíz de la implantación del sistema de calidad del Servicio en el ámbito de la Radioterapia, se proyectó auditar la fase del proceso radioterápico denominada “Planificación de Tratamientos”.

Descripción del problema/necesidades.
Se pretendía analizar los motivos por los cuales un informe de Planificación retornaba al Serv. de Radiofísica para su reevaluación. Se clasificaron los distintos eventos y se establecieron medidas correctoras y preventivas para reducir las posibles causas de error en el proceso de planificación que pudieran inducir errores en los tratamientos, aumentando así la seguridad del paciente en su exposición a las radiaciones ionizantes.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se registraron manualmente las “no conformidades” detectadas en las planificaciones emitidas por Radiofísica. Se informó al personal del Serv. la necesidad de rellenar las hojas de registro como herramienta de investigación y mejora. El proyecto se inicia el año 2005. Durante los 2 primeros años se analizó la recurrencia de los incidencias en planificaciones y se diseñó un check-list de verificación como mejora del proceso de planificación que permitió reducir el número de no conformidades en años sucesivos.

Resultados obtenidos.
A partir de una base de datos se evaluaron las causas por unidad de tratamiento y por su frecuencia temporal. De 3851 planificaciones durante ese periodo se registraron un total de 106 incidentes de los cuales el 41.5% de anotaciones reflejaban NO CONFORMIDADES de éstas o de sus informes. El 36% tenían que ver con incidentes en otras etapas del proceso radioterápico (simulación o administración de tratamiento)

Lecciones aprendidas.
Se mejoró el proceso de planificación. Se pone de manifiesto la importancia de notificar y registrar adecuadamente eventos que ocurren no sólo en planificación sino durante todo el proceso radioterápico, como estrategia encaminada a la mejora de la seguridad del paciente y a la eficiencia del sistema. Es necesaria la colaboración de todo el personal implicado, de modo que se detecten fallos reales o potenciales, se comuniquen y evalúen y se diseñen sistemas de vigilancia y control para evitarlos. Como conclusión se amplia el proyecto aprovechando la publicación del Manual Técnico de la OMS “Perfil de riesgos en Radioterapia” 2008, y se diseña un nuevo sistema de notificación local de incidentes, con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto a todos los profesionales implicados en el proceso Radioterápico.

C-814

ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS: USO DE UN PROTOCOLO PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

*CASTILLO GALDEANO, E.; BOLET GALINDO, P.; PINILLA LÓPEZ, S. Y PÉREZ POLAINO.
E.P. HOSPITAL DEL PONIENTE

Palabras Clave: Seguridad, protocolo, identificación, administración hemoderiva

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo ha sido realizado por un grupo de enfermeras del Hospital de Poniente pertenecientes a Consultas Externas y Bloque Quirúrgico

Descripción del problema/necesidades.

La promoción de estrategias encaminadas a garantizar la seguridad del paciente se ha convertido en uno de los objetivos primordiales del SNS y de las distintas Comunidades Autónomas. La ausencia de eventos adversos en la administración de Hemoderivados se refleja como uno de los instrumentos de medida para valorar la calidad de la asistencia en materia de seguridad del paciente. La administración de Hemoderivados es un proceso muy complejo con varias fases diferenciadas y en la que intervienen una gran multitud profesionales. Por esto planteamos la necesidad de utilizar un protocolo reglado que garantice, por un lado, la ausencia de fallos, y por otro, la seguridad del paciente durante todo el proceso, En este trabajo presentamos el protocolo que actualmente esta siendo usado en la E.P. Hospital de Poniente.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Las premisas de este protocolo son: Hoja de petición de pruebas cruzadas correctamente cumplimentada. Sala de Extracciones: Un administrativo y una enfermera comprueban los datos de la hoja, la enfermera le entrega al paciente una pulsera identificativa en la que consta nombre, NHC, fecha extracción y un número que identifica a la pulsera, a la petición de pruebas cruzadas y a la muestra de sangre para analizar. Ingreso en planta/Hospital de Día: Una enfermera comprueba que todos los datos de la pulsera del paciente corresponden con la hoja de banco de sangre, le coloca la pulsera al paciente e introduce esta hoja en la historia del paciente. En el bloque quirúrgico: La enfermera responsable comprueba que la hoja de banco de sangre esta en la historia del paciente y que se corresponden todos los datos con los de la pulsera identificativa y los del producto a administrar, si el estado del paciente así lo demanda.

Resultados obtenidos.

Podemos afirmar que este protocolo, actualmente en vigor en la EPHP, garantiza la seguridad del paciente en cuanto a la administración de hemoderivados, puesto que en 2008 de un total de 3630 solicitudes de transfusión se detectaron 5 errores en cuanto a la identificación del tubo con la petición (0.13%).

Lecciones aprendidas.

La idea que podemos desprender de este trabajo es la necesidad de instaurar protocolos que rijan todo el proceso que rodea la administración de un hemoderivado, puesto que un mínimo fallo que pueda producirse durante el proceso, puede acarrear al paciente serias consecuencias para su salud.

C-815

ESTUDIO DE LA COBERTURA ANTITETÁNICA EN ADULTOS TRAS NUEVAS INTERVENCIONES

SÁNCHEZ WANDELMER, J M; CRESPOSERVAN, P; SAEZ PLAZA, Mª M.; GARCÍA HERNÁNDEZ Mª C; GUIJARRO OJEDA, C Y TRIGUERO CRESPILLO, G.
C. S. SAN JERONIMO

Palabras Clave: Cobertura, antitetánica, captación, vacunación

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo esta realizado sobre la población adulta de la zona asistencial del C. S San Jerónimo. Esta desarrollado por el Departamento de Enfermería del Centro de Salud. Participando en el desarrollo del mismo enfermeros tanto de familia como la Enfermera Gestora de Casos y la Coordinadora de Cuidados.

Descripción del problema/necesidades.

Actualmente unos de los problemas que se presenta en los Centros de Salud, es el incumplimiento del calendario vacunal antitetánico en adultos. Este incumplimiento tiene como principal causa el olvido en la administración de la 2º ó 3º dosis, el estudio esta encaminado a conseguir mayor cobertura vacunal antitetánica completa en los adultos, que hayan abandonado la vacunación una vez iniciada, con lo que se pretende disminuir costes y proporcionar una mejor calidad asistencial y sanitaria.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Para corregir en lo posible el abandono vacunal, se plantea realizar una captación activa de la población que haya olvidado la 2º ó 3º dosis, desde el día 1-1-08 hasta la fecha actual de cada explotación, dando como fecha final para el termino de la captación activa el 31-122009. La explotación inicial y sucesivas se realizan en la base de datos de Diraya. Se realizan explotaciones mensuales para captar los pacientes que se encuentran mal vacunados, se procede a la localización (telefónica) y se facilita cita para la vacunación. Al mismo tiempo del inicio se ejecuta una acción de formación continuada con las enfermeras actualizando los conocimientos, se toma como fuente de información el último comunicado del Ministerio de Sanidad y Consumo con fecha Febrero del 2009 sobre vacunación antitetánica en el adulto. El objetivo es alcanzar que el 30% de las personas captadas completen su vacunación. Aumentando la calidad asistencial.

Resultados obtenidos.

Actualmente del 100% captados, el 33% completo la vacunacion. El 66% no acudio o declino completar la vacunación. Aparecieron con frecuencia pacientes que no disponían de teléfono operativo, con lo que hay que desplazarse al domicilio para su captación.

Lecciones aprendidas.

Es necesario registrar adecuadamente los datos de los pacientes al iniciar la vacunación.

Consideramos necesario establecer una estrategia de captación, con el fin de aumentar cobertura y calidad vacunal de la población adulta.

C-816

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTANDARIZADOS (POES) EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

ÁLVAREZ BENITO, M; RAYA POVEDANO, JL; GARCÍA ORTEGA, MJ; CARA GARCÍA, MJ; NOZI MONDEJAR, ML Y MONTERO FRANCO, M.
HU REINA SOFÍA CÓRDOBA

Palabras Clave: Cáncer de Mama, Procedimiento Operativo.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en la Unidad de Gestión Clínica de Mama de un hospital de tercer nivel. Se creó un grupo de trabajo para la instauración de un Plan de Seguridad del Paciente, que incluía facultativos y enfermeros de las distintas especialidades implicadas en el Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (PAICM) y a facultativos del Servicio de Calidad del Hospital.
Descripción del problema/necesidades.
El Plan de Seguridad del Paciente en el PAICM, consta de un catálogo problema/ de efectos adversos (EAs), mapa de riesgos, AMFE (análisis de Modo necesidades de Fallos y Efectos) y Plan de Prevención.
Un conjunto de medidas de este Plan de Seguridad fue la elaboración de una serie de POEs, que deberían tener en cuenta en su redacción los EAs detectados en el plan y las medidas correctoras propuestas. Los EAs que se pretenden evitar mediante los POEs incluyen los derivados de errores en la identificación de pacientes, en las pruebas, en los circuitos internos y en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se eligió un responsable de la elaboración de los POEs y se decidió un catálogo inicial de los mismos. Cada POE fue realizado por varios profesionales de los distintos Servicios, revisado por el responsable de estos y discutido en reunión conjunta de todo el equipo. Los POEs se normalizaron según el modelo propuesto por el Servicio de Calidad del Hospital (POE del POE). Se dispone ya de la versión inicial de estos POEs. Está pendiente la aprobación definitiva para su distribución a los profesionales que tengan que aplicarla. Se revisarán en seis meses para perfeccionarlos.
Resultados obtenidos.
Se han elaborado 10 POEs más otros 9 incluidos en el Plan de cuidados de enfermería. De los primeros, cinco afectan a circuitos de identificación de pacientes y pruebas (POEs de derivación e identificación de pacientes, circuito hospitalario en marcaje con arpón y biopsia selectiva de ganglio centinela, identificación de muestras y marcaje de piezas quirúrgicas) y otros cinco a realización de pruebas diagnósticas (mamografías, biopsia ecodirigida, biopsia por esterotaxia, marcaje con arpón guiado por ecografía y marcaje con arpón guiado por mamografía). Los POEs de cuidados de enfermería son objeto de otra comunicación.
Lecciones aprendidas.
La utilización de POEs mejora la seguridad del paciente porque evita la variabilidad en la práctica clínica y facilita el aprendizaje de los profesionales. Hemos detectado la necesidad de ampliar el catálogo de POEs al resto de las actuaciones clínicas incluidas en el PAICM.

C-817

IMPLEMENTACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCEDIMIENTO DE BRAQUITERAPIA MAMARIA.

DE LAS PEÑAS CABRERA, MARIA DOLORES *; ALONSO REDONDO,ENRIQUE; DIAZ GÓMEZ, LAURA; JAEN OLASOLO, JAVIER; BENITEZ ROSSO ROSA Y POLANCO MUÑOZ DOLORES.
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

Palabras Clave: Seguridad, Cáncer Mama, Cirugía, Circuito Quirurgico

RESUMEN

Contexto de partida.
La incorporación a la cartera de servicios de la Unidad Clínica de Patología Mamaria del HUPM de Cádiz, en marzo de 2008, del tratamiento con braquiterapia mamaria con multicatéteres plásticos tras cirugía conservadora de cáncer de mama, nos obligó a evaluar los indicadores de seguridad del paciente en el radioquirófano. La inserción de los catéteres plásticos es un procedimiento quirúrgico, con sedación anestésica en condiciones de asepsia. Se han implicado los oncólogos radioterapeutas, enfermeras y auxiliares de hospitalización de la Unidad y la enfermería del radioquirófano.
Descripción del problema/necesidades.
Auditar los indicadores básicos de seguridad de pacientes en los 36 implantes realizados hasta el 31 de mayo del 2009, dpv médico previo al implante, así como enfermero, mediante la cumplimentación del circuito quirúrgico vigente en nuestro Centro y comparando los realizados en la hospitalización de la UCPM y el propio Servicio de ORT.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Previo al implante, el oncólogo radioterapeuta, realiza el preimplante con confirmación de la mama afecta y el dibujo del lecho a tratar, la verificación del VºBº de anestesia y riesgos personalizados, y la obtención del CI. En hospitalización, se procede a la Identificación del paciente mediante pulsera identificativa y presencia de alergias conocidas. En el radioquirófano: Se verifica la medicación preanestésica, la profilaxis antibiótica, el antibiótico utilizado según alergias, prevención de tromboembolismo en pacientes de riesgo. Verificación de las etiquetas identificativas, el CI de anestesia y el del procedimiento de BM. No abducir el miembro de la mama afecta más de 90º para evitar lesiones.
Resultados obtenidos.
Utilizamos la hoja de circuito quirúrgico para la mayoría de las variables: Pulsera identificativa: 100%. Lugar del implante: 100%. VºBº anestesia con CI: 100%. CI: 100%. Presencia de hoja de Circuito quirúrgico: 91,7% (33/36). Hay 5 de la UCPM y 28 de RDT. Alergias: 45,5% (15/33). Premedicación preanestésica: 30,3% (10/33), en el 100% de UCPM (5/5) y en el 17,9% (5/28), con DS, p=0.001. Profilaxis antibiótica: 42,9% (12/33). Etiquetas identificativas: 75,8% (25/33). CI de anestesia: 63,6% (21/33). CI de BM: 66,7% (22/33).
Lecciones aprendidas.
Para optimizar los resultados en seguridad del paciente en el procedimiento BM, se ha elaborado junto con enfermería una vía clínica desde el ingreso hasta el alta final, pendiente de pilotar y evaluar su impacto en la práctica de seguridad del procedimiento y un Checlist intraquirófano.

C-818

LA VUELTA A CASA DEL PACIENTE TRAS SU PASO POR EL HOSPITAL: SEGURIDAD CLÍNICA EN LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES.

Mª ROSA MAGALLÓN BOTAYA; ROSA MARTINEZ MARTINEZ; MJ JIMENEZ MELENDEZ. ; A RUIZ MARTORELL; FERNANDO RAMOS D'ANGELO Y MJ. PARDO DIEZ.
CENTRO DE SALUD ARRABAL

Palabras Clave: Seguridad Del Paciente; Patient Safety; Comunicación

RESUMEN

Contexto de partida.
Los Sistemas de Salud necesitan mejorar la comunicación entre los niveles asistenciales, que siempre ha sido deficitaria. Una de las consecuencias de este problema de calidad es que la seguridad clínica del paciente en su derivar por el flujo sanitario puede verse afectada al no disponer de un sistema efectivo, seguro y completo.
Nuestro sector sanitario cuenta con una organización estructural ago compleja: dos hospitales de agudos, un centro de especialidades, y 12 centros de salud, rurales y urbanos.
Este proyecto de mejora, está financiado por los fondos de Cohesión Sanitaria del Ministerio, y ha permitido el trabajo en grupo de distintos sectores asistenciales.
Descripción del problema/necesidades.
Opciones de mejora detectadas: los formatos de derivación no eran uniformes, algunos apartados importantes no se completaban, lo que puede afectar a la seguridad del paciente, sobre todo en lo referente a indicación de tratamiento y fármacos que ya tomaba el paciente antes de ingreso.
El objetivo es identificar y cuantificar situaciones mejorables y producir información uniforme. Así como concienciar a los profesionales de ambos niveles de la necesidad de comunicar todo aquello que pueda suponer un riego para el paciente.
Metodología: medida de indicadores de calidad de registro y proceso; análisis de distintos modelos y opciones de mejora. Se ha buscado especialmente los efectos adversos que derivados de la mala comunicación entre niveles.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se diseñaron modelos de encuestas específicos de los siguientes soluciones aportadas flujos: hospitalización a atención primaria; consulta especializada a atención primaria; urgencias a atención primaria.
Recogida de datos desde el 01 de noviembre de 2008, hasta 31 de mayo de 2009.
Análisis descriptivo y cualitativo de la información recogida.
Resultados obtenidos.
Se han analizado 240 informes correspondientes a tres flujos. La calidad de registro es mejorable, hay información manuscrita poco legible. Se evidencian lagunas importantes en información facilitada al médico de familia en relación a pruebas realizadas y a cooperación conjunta para el mejor manejo del paciente. Alguna duplicación de tratamientos por falta de conocimiento previo de la pauta habitual del paciente.
Lecciones aprendidas.
El trabajo interdisciplinar entre niveles asistenciales mejora la fluidez de la comunicación y facilita la implantación de medidas correctoras.
Es necesario ponerse en lugar del receptor de la información que acompaña al paciente para disminuir riesgos innecesarios. E igualmente, unificar la historia clínica electrónica del paciente.

C-819

CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: QUÉ PUEDE APORTAR EL CMBD.

GARCÍA-MONTERO, JI.; CASANOVA CARTIÉ, N. Y DEL PINO JIMENEZ, MD..
HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Palabras Clave: Caídas, CMBD, Sistemas Notificación.

RESUMEN

Contexto de partida.
El Hospital Ernest Lluch de Calatayud (HELC) es un hospital Comarcal con 120 camas de agudos. La Unidad de Calidad del Hospital recoge las "fichas de control de accidentes" que de forma voluntaria declara el personal sanitario ante caídas de pacientes durante la atención sanitaria.
Descripción del problema/necesidades.
Necesidad de analizar los datos recopilados (periodo 2004-2008) y obtener datos sobre cumplimentación de las fichas, características de los pacientes que sufren caída, tipo lesiones producidas, atención recibida, etc. Se analiza también el CMBD de los pacientes afectados para analizar las repercusiones que finalmente se reflejan en la historia clínica (principalmente informe de alta) y otras características de los pacientes que aporta esta base de datos. El CMBD únicamente permite identificar las caídas en instituciones (no especifica el hospital ni el ingreso en curso) como causa de lesiones mediante códigos E que no son de cumplimentación obligatoria.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó una base de datos para incluir las variables recogidas en las Fichas: diagnóstico principal, factores de riesgo personales, medidas de seguridad previas, características del accidente, repercusiones, atención inmediata, etc. Se compara a partir del número de historia clínica con la base de datos del CMBD, y se realiza un estudio descriptivo del mismo en los pacientes en los que se identificó alguna caída durante su estancia hospitalaria.
Resultados obtenidos.
Se analizan un total de 109 Fichas de control de accidentes correspondientes al periodo 2004-2008. Se observa que el número de fichas aumenta progresivamente, (de 13 en 2004 a 35 en 2008) principalmente en relación al incremento de cultura de seguridad de pacientes. La cumplimentación se realiza casi siempre por el personal de enfermería de las unidades de hospitalización. En más del 90% de los casos las fichas reflejan que la caída no tiene consecuencias, pero sí han precisado evaluación médica en casi la mitad de los mismos.
Lecciones aprendidas.
La informatización de la base de datos de pacientes que sufren caídas durante su hospitalización permite comparar de forma sencilla con otras fuentes de datos como el CMBD. De esta forma aumenta la información clínica y demográfica de los pacientes que sufren caídas. Se constata además que el informe de alta recoge en muy bajo porcentaje las caídas de los pacientes mientras que el CMBD no tiene un criterio establecido para recoger este problema en la seguridad de los pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos sin lesiones de gravedad.

C-820

LETREROS IDENTIFICATIVOS DE ENTRETENIMIENTO (LIE) Y SALUD/ SATISFACCIÓN EN OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA (ESTUDIO PILOTO)

VENTURA, P E; ALARCÓN, M A; GÓMEZ, P; ROMERO, L; SÁNCHEZ, R Y TORRE DE LA, M A.
Hospital Universitario Reina Sofía

Palabras Clave: Comunicación, Cuidado, Cuidador, Paciente, Salud, Satisfacción

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo fue realizado en el servicio de observación pediátrica (OP) del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba. Los profesionales implicados fueron, principalmente, personal de enfermería de OP, más profesionales ajenos a dicho servicio, como profesores de distintas facultades y escuelas universitarias, como la de magisterio, medicina y enfermería

Descripción del problema/necesidades.

El proyecto se planteó conocer y mejorar la salud autopercibida (SA) y la satisfacción con el cuidado de enfermería (SCE) del niño y de su cuidador principal en una OP, en las primeras 24-36 horas de ingreso. “Existen debilidades, dentro de la disciplina enfermera, en términos de formación de habilidades de comunicación y que éstas repercuten cada vez más, en la calidad de la atención enfermera, (...) una de las áreas que ha sido descrita en la bibliografía como crítica para los profesionales de enfermería es la comunicación con los pacientes pediátricos” (Noreña y Cibanal, 2007)

Desarrollo y soluciones aportadas.

Fase preliminar (Agosto-Octubre 2008): difusión en OP de los requisitos necesarios para asegurar su validez interna (sesiones clínicas y folletos); pilotaje; análisis preliminar de datos (dentro de un diseño quasi-experimental, con n=26, se realizaron estadísticos descriptivos de las variables dependientes e independientes de forma autónoma, para volverlos a realizar separadamente según presencia o no de la intervención; después, se realizó un análisis bivariante de cada una de las variables con la independiente principal), y corrección de posibles errores de diseño; todo bajo la responsabilidad de los autores

Resultados obtenidos.

Tras el estudio piloto los resultados sugieren que la administración de LIE mejora de manera significativa la satisfacción del cuidador principal con el cuidado de enfermería; su salud autopercibida no se ve influenciada con n=26 por la variable independiente principal. Los cuestionarios Kindl de calidad de vida relacionada con la salud (pacientes de 4 a 13 años) y Cuestionario Ceneral de Salud de Goldberg-12 (cuidadores principales) midieron la SA; la SCE fue medida con el cuestionario Amable

Lecciones aprendidas.

La financiación del estudio ha hecho posible contar con un único becario para la fase de recogida de datos; ésta tiene lugar en un periodo de una alta incidencia de ingresos y está haciendo posible la recogida de una muestra infantil suficiente. Además, el equipo investigador ha ampliado la limitación horaria a la de 18-48 horas, limitación coherente con los criterios del diseño y que hará más accesible la captación de sujetos para la muestra (n=280)

C-821

SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCÍÓN DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES EN DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES

CABRAL RODRÍGUEZ, R.; JEREZ BASURCO, B.; GARCÍA CUBERO, M.C.; MARTÍN ÁLVAREZ, M.D.; BRUSINT OLIVARES, B. Y CONEJOS MIQUEL.
M.D..C.S. ALPES

Palabras Clave: Prescripción Inadecuada, Criterios Beers, Criterios Stopp/Start

RESUMEN

Contexto de partida.

Estudio realizado en tres ámbitos de atención sanitaria: servicio de geriatría hospitalaria, un centro de salud y una residencia de ancianos.

Descripción del problema/necesidades.

Los pacientes mayores consumen por lo general más medicamentos que la población más joven. Además, presentan cambios en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos; asímismo, con frecuencia están polimedicados, por lo que aumenta la prevalencia de los problemas relacionados con dicha medicación.

La prescripción de medicamentos en este grupo de pacientes es por todo ello mucho más compleja, por lo que es más fácil que se prescriban fármacos potencialmente inapropiados que puedan llegar a tener consecuencas adversas. Cualquier intervención que consiga incluso una mínima reducción de la prescripción inadecuada de medicamentos puede conllevar grandes beneficios.

Para detectar este grupo de medicamentos de prescripción inapropiada (MPI), se han desarrollado y validado diferentes herramientas como los criterios de BEERS y, más recientemente se han publicado en Europa los criterios STOPP/START, que parece son más sensibles que los anteriores para la detección del problema que nos ocupa.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo en pacientes soluciones aportadas mayores de 69 años en tres niveles asistenciales diferentes (Atención Primaria, Geriatría, Residencia de ancianos), en cada uno de los cuales se seleccionaron 50 pacientes (150 en total), de forma consecutiva en geriatría y aleatoria en los otros 2 niveles.

En la totalidad de los pacientes se revisó la historia clínica informatizada y se aplicaron los criterios de BEERS y de STOPP/START Se realizó un análisis descriptivo de los resultados para cada uno de los criterios, observando en cada nivel la proporción de pacientes con al menos un caso de MPI y el número de criterios por paciente.

Finalmente, se realizó una comparación cualitativa de los resultados según los criterios.

Resultados obtenidos.

Prácticamente la mitad de los pacientes (47%) presentan algún MPI con criterios STOPP/START, mientras que aplicando los criterios Beers solo se detectan MPI en un 23%.

Los criterios STOPP/START mostraron mayor adecuación de la prescripción en Atención Primaria que en Geriatría y en la residencia, mientras que los de BEERS tuvieron rendimiento similar en los 3 niveles.

Lecciones aprendidas.

Ante la gran población anciANA polimedicada existente, es de suma importancia la revision con cierta periodicidad de su prescripción para evitar los casos posibles de MPI, mejorando con ello la prescripción y la seguridad del paciente anciano.

C-822

10 PASOS HACIA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL

MATEOS RUBIO J(*).; PÉREZ BLANCO V; VALERA RUBIO M; APOLO CARVAJAL; GRANJA BERNÁ VY MOYA GÓMEZ P.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

Palabras Clave: MEDICAMENTOS DE RIESGO, ERRORES DE MEDICACION

RESUMEN

Contexto de partida.

El plan de actuaciones se desarrolló en el Complejo Hospitalario de Toledo, en el seno de la Comisión de seguridad clínica, con el liderazgo del servicio de farmacia y la unidad de calidad asistencial .

Descripción del problema/necesidades.

Los MAR presentan una alta probabilidad de causar daños graves a los problema/ pacientes si no se usan de forma adecuada. El servicio de farmacia necesidades junto con la comisión de seguridad clínica se plantea la implantación
de protocolos de prescripción, dispensación y administración de MAR basando sus actuaciones en el plan estratégico de seguridad del paciente del SESCAM 2009-2012

Desarrollo y soluciones aportadas.

El proyecto surge del grupo de trabajo interdisciplinar de farmacéuticos, médicos, enfermeras y unidad de calidad que tiene como objetivo mejorar el uso de los medicamentos priorizando las actuaciones en la definición de los MAR y el diseño de herramientas para mejorar la cultura de seguridad.

Resultados obtenidos.

1.Se elabora un listado de medicamentos de alto riesgo (MAR). 2.Difusión a todas las áreas clínicas implicadas de un póster de MAR con recomendaciones específicas. 3.Inclusión de alertas a la prescripción en el programa de prescripción electrónica de alergias , interacciones, duplicidad, dosis máximas, duración máxima ,medicamentos restringidos. 4.Implementación de alertas al almacenamiento y dispensación : rotulación y etiquetado (adrenalina, furosemida, heparina, midazolam, morfina) ; apariencia similar,dispensación restringida de electrolitos concentrados,con nombres o fonética similares. 5. Implementación de alertas a la administración :velocidad máxima de infusión, dosificación , diluyentes incompatibles (vancomicina, amiodarona, medicamentos en liposomas), vías de administración permitidas, monitorización del paciente . 6. Normalización de los horarios de administración siguiendo criterios de cronofarmacología, interacción con alimentos, efectos ortostáticos. 7.Mejorar el acceso a la información mediante la actualización en la página de seguridad clínica de los documentos y protocolos de actuación con MAR. 8.Desarrollo de estrategias para mejorar el grado de conocimiento de los profesionales mediante la presentación de los MAR en sesión intrahospitalaria. 9.Protocolización y control de los medicamentos del carro de reanimación cardiopulmonar. 10.Fomentar la notificación de eventos adversos a través del formulario web de la intranet.

Lecciones aprendidas.

El proyecto ha permitido mejorar la seguridad en el uso de los MAR mediante la minimización de las posibilidades de error a través de mejorar el grado de conocimiento y la accesibilidad de la de información.

C-823

EXPERIENCIA DE TRES AÑOS CON UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

ALCALDE, G.; ÁLVAREZ, MN.; MANZANO, A.; RUIZ DE OCENDA, E.; SAN MARTÍN, B. Y CORRAL, E.. HOSPITAL SANTIAGO

Palabras Clave: Sistema de notificación, Seguridad de paciente

RESUMEN

Contexto de partida.

El Servicio de Medicina Intensiva (SMI),con experiencia previa en gestión de procesos, comenzó en el año 2006 una experiencia de implantación de herramientas de gestión de riesgos en el seno de una iniciativa corporat¡va de Osakidetza.

Descripción del problema/necesidades.

El objetivo era caracterizar los sucesos adversos que ocurren en un problema/ entorno de alto riesgo como un SMI y utilizar herramientas de análisis necesidades de causas para implantar acciones de mejora.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñó un sistema informático de notificación de efectos adversos y casi incidentes voluntario, anónimo, accesible desde cada puesto y abierto a todo el personal. El registro de cada caso cuenta con una serie de campos que permiten describir cada incidente. Después de un programa de formación dirigido a todos los profesionales del SMI, se puso en marcha la aplicación y se creó un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de analizar las notificaciones, proponer acciones de mejora y difundir los resultados.

Resultados obtenidos.

En 3 años de funcionamiento se han registrado 153 notificaciones: 25 fueron casi incidentes y 128 llegaron al paciente, considerándose la mayoría evitables. Todos los estamentos han notificado incidentes (médicos: 75; DUE: 67; Aux:9). Según la gravedad, 25 incidentes cursaron sin afectación, 48 con afectación leve, 38 moderada, 3 grave y 2 resultaron fatales. Las causas más frecuentemente identificadas estuvieron relacionadas con: equipos y dispositivos (53); medicación (36); diagnóstico y seguimiento del paciente (23); procedimientos terapéuticos (12) e identificación del paciente (11). Como acciones derivadas del sistema de notificación destacan la realización de un AMFE del que se derivaron dos nuevos protocolos, la realización de un ACR con motivo de un acontecimiento grave, cambios de proveedores de medicación o equipos, el rediseño del proceso de prescripción médica o la implantación de un sistema de confirmación del grupo sanguíneo para aumentar la seguridad transfusional.

Lecciones aprendidas.

Como Servicio certificado según norma ISO 9001:2000, la cultura de calidad existente ha facilitado la aceptación del uso de la herramienta por todos los estamentos asistenciales. El uso de un sistema específico de notificación facilita el análisis de causas y la identificación de acciones de mejora, aunque su carácter anónimo exige una descripción detallada del incidente. La puesta en marcha de acciones concretas a partir de los incidentes declarados y la difusión de los resultados supone un estímulo clave para conseguir una gran implicación de todo el personal del SMI en la cultura de seguridad del paciente.

C-824

METODOLOGIA ENFERMERA EN LA COLOCACIÓN Y CUIDADOS DEL CATETER CENTRAL PARA NUTRICION PARENTERAL

IDOIA SAEZ DE PARAYUELO; NEREA LARRINAGA LLAGUNO; ANGELA GONZÁLEZ REGUERO; JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; RAKEL GARCÍA ALEGRE Y SONIA DE LUIS.
HOSPITAL DE BASURTO OSAKIDETZA

Palabras Clave: Optimizar los cuidados del cateter Central

RESUMEN

Contexto de partida.
El control de pacientes portadores de cateter central para nutricion parenteral se realizó en la unidad de cirugia colorectal del hospital de basurto por parte del personal de enfermeria
Descripción del problema/necesidades.
Se ha demostrado que los cuidados enfermeros son básicos para que el paciente logre un mayor bienestar bio-psico-social; por ello, son fundamentales los cuidados en la inserción y el mantenimiento de los catéteres destinados a la administración de NP, ya que conseguiremos disminuir las posibles complicaciones.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se informará adecuadamente al paciente sobre el proceso a llevar a cabo 1.Colocación del catéter: •Aunque la colocación del catéter central sea llevada a cabo por el facultativo, la enfermera juega un papel imprescindible en la preparación del material a utilizar, colocación del paciente, y la creación del campo estéril •En los accesos venosos periféricos, la canalización, es competencia de la enfermera en base a un protocolo de inserción y mantenimiento 2.Cuidados del catéter: Una vez insertado el catéter (central o periférico) se valorarán síntomas de posibles complicaciones tales como: neumotorax, hemorragia o hemotórax y posibles manifestaciones de dolor en la zona de inserción. Se revisará el apósito así como su cambio con un control estricto de las medidas de asepsia. Se comprobará la permeabilidad del catéter y mantendremos las conexiones protegidas con antiséptico limitando las conexiones y desconexiones innecesarias. Por último, se fijará el volumen de NP prescrito mediante una bomba de infusión intravenosa.
Resultados obtenidos.
- lograr que el paciente permanezca tranquilo durante la ténica - Evitar posibles complicaciones derivadas de la colocación del catéter - Reducir posibles infecciones asociadas a la NP y administrar ésta en el tiempo establecido según la prescripción.
Lecciones aprendidas.
Tras realizar los cuidados enfermeros en el proceso de colocación y mantenimiento del catéter se logra: •Conseguir que el paciente se sienta protagonista en su proceso •Minimizar y detectar precozmente las posibles complicaciones derivadas de la técnica •Conseguir la mayor tranquilidad para el paciente y sus allegados.

C-825

LISTADO DE VERIFICACIÓN (CHECKLIST) EN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE MAMA (PAICM)

MARINA ÁLVAREZ; PILAR RIOJA; ROSA MIÑARRO; MARTÍN TEJEDOR; PABLO CONTRERAS Y ALBERTO REDONDO.
HU REINA SOFÍA

Palabras Clave: Cáncer, proceso, seguridad clínica, check-list

RESUMEN

Contexto de partida.
Como parte del grupo trabajo para el desarrollo del programa de seguridad del paciente en el PAICM para el área de salud, se creó un equipo específico para la elaboración de un checklist de aspectos críticos de dicho proceso, compuesto por tres profesionales asistenciales y dos del Servicio de Calidad del hospital.
Descripción del problema/necesidades.
Inicio: abril de 2008. El programa de seguridad consta de: un catálogo de efectos adversos (EAs) en el PAICM; un mapa de riesgos de las distintas fases del proceso; un AMFE (análisis de Modo de Fallos y Efectos) y un plan de prevención. El checklist es un apartado del plan de prevención. Incluye los aspectos críticos, desde la sospecha clínica hasta el final del tratamiento, acompañando a la paciente durante todo el proceso.
Desarrollo y soluciones aportadas.
El catálogo y mapa de EAs y su análisis modal, permitió identificar cuáles son los aspectos más críticos del proceso, que deben estar incluídos en el checklist.
Se elaboró el checklist siguiendo las fases del PAICM, en el que participan distintas especialidades y perfiles profesionales. Consta en su diseño de tres columnas: la izquierda especifica los aspectos a comprobar, contando con recuadros que deben rellenarse tras verificar distintas acciones; la central es para el perfil profesional que debe comprobar dicho aspecto, con espacio para el nombre; la de la derecha es para la fecha de verificación y firma del profesional. Para facilitar la aplicación práctica se usan distintos colores en función de la fase o especialidad que participa en el proceso.
Resultados obtenidos.
El checklist permite verificar los aspectos críticos del PAICM. Acompaña a la paciente, transversalmente, en todo el proceso con la participación de profesionales que intervienen en distintas fases del mismo.
El documento consta de una hoja. En una cara incluye aspectos específicos relacionados con el PAICM y en el dorso el listado de verificación quirúrgica implantado recientemente en el hospital
Lecciones aprendidas.
A pesar de su complejidad, ha sido posible elaborar un checklist para un proceso transversal .La implantación previa en nuestro centro del PAICM ha facilitado el trabajo y ha hecho posible la coordinación adecuada de profesionales. Es de gran utilidad contar con un listado de verificación en procesos donde es necesaria la participación secuencial y coordinada de múltiples profesionales y donde los EAs pueden producirse en fases previas a su detección.

C-826

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

CRIADO TAMAYO, C.; MARCOS MARTÍN, T.; EGEA ZEROLO, B.; LÓPEZ MARTÍN, E. Y MARTI USON, R..
GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.

Este proyecto se implantó en el proceso de Bloque Quirúrgico y Esterilización de Hospital Quirón Madrid. Ha sido necesario la implicación de todos los profesionales que intervienen en el proceso para lograr detectar cualquier incidencia a lo largo de todo el proceso de recepción, limpieza, esterilización y almacenamiento.

Descripción del problema/necesidades.

Las cajas de instrumental quirúrgico, las numeramos con láser asignando a cada especialidad un número, así por ejemplo, las cajas de ginecología pertenecen a la serie 500: caja partos: 510; legrado: 519, histerectomía vaginal: 506. Todo instrumental que está dentro de estas cajas también está marcado con el mismo número de instrumental al que hace referencia la caja. Esto facilita tanto la realización de las cajas por parte del personal como el seguimiento del mismo, que se refleja en el hoja de carga del instrumental.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1) Limpieza del instrumental quirúrgico en la lavadora. 2) Realización de las cajas de instrumental, siguiendo los protocolos donde se define: nombre instrumento, referencia casa comercial y número de piezas. 3) Cambio de filtros, inserción de tira de control químico, candado para verificar el correcto cierre de la caja, etiqueta donde con número de caja, descripción de la caja, persona que ha realizado caja, estado: completa o incompleta (con anotación instrumental que falta).4) Cumplimentación hoja de carga: describiendo material a esterilizar. 5) El material se etiqueta con una pegatina, con integrador de paso y los siguientes datos: iniciales persona ha puesto ciclo, número de autoclave, número de ciclo del día, fecha esterilización y fecha caducidad. 6) Almacenamiento instrumental quirúrgico: las estanterías del almacen están identificadas con carteles de colores que distinguen a cada especialidad (facilita localización) y coincide con el color de las tapas de las cajas de instrumental pe. ginecología identificado por numeración, tapas caja color rojo, y carteles balda color rojo. 7) Hoja de integradores + implantes en HC.

Resultados obtenidos.

1) Asegurar la trazabilidad del material esterilizado y detección de incidencias durante el proceso: pegatinas de control de paso, facilita a golpe de vista la correcta esterilidad. En el caso de que no haya virado seguir la trazabilidad con la etiqueta (fecha y núm autoclave) 2) Mayor agilidad a la hora de localizar el instrumental quirúrgico en la zona de almacenamiento de nuestra central 3) Detección precoz de falta de instrumental quirúrgico, indicado en etiqueta.

Lecciones aprendidas.

Sistema eficiente y fácil de implementar que mejora la seguridad del paciente.

C-827

¿CÓMO TRATAMOS A LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDAS EN URGENCIAS?

GUZMÁN BORONAT L; LÓPEZ EUGENIO A; LORCA GONZÁLEZ M J; DE LA TORRE BONAL Y; MARTÍNEZ ROCAMORA M D Y GONZÁLEZ SOLER M A.
HOSPITAL MORALES MESEGUER

Palabras Clave: Pancreatitis Aguda, Urgencias .

RESUMEN

Contexto de partida.

Este trabajo se ha realizado por médicos del Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer. El diseño del trabajo se realizó por adjuntos y la recogida de datos por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Descripción del problema/necesidades.

Tras la revisión del protocolo de actuación frente a la pancreatitis problema/ aguda en urgencias, surgieron dudas sobre si se estaba actuando necesidades correctamente con estos pacientes. Para ello, basándose en las
recomendaciones actuales, se diseñó una hoja de recogida de datos con el fin de realizar una evaluación.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes ingresados con diagnóstico de pancreatitis desde urgencias en febrero, marzo y abril de 2009. En ellas se tomaron datos de la clínica, exploración, pruebas complementarias y tratamiento.

Resultados obtenidos.

Se analizaron 27 casos. De ellos el 40,7% eran hombres y el 59,3% restante mujeres. La edad media era de 53,2 años. El síntoma más frecuente fue dolor abdominal, en el 96,3% de casos, seguido de vómitos en el 37%. En cuanto a la exploración destaca la poca atención a la función respiratoria, ya que sólo en el 18,5% de casos se exploró la frecuencia respiratoria o la saturación de oxígeno. El 33,3% de casos tenía ECG realizado y sólo se practicó ecografía en el 7,4% de casos y TAC en el 3,7%. En todos los casos se realizó análisis de amilasa, que resultó elevada y hemograma, que en el 66,6% de casos mostraba leucocitosis. En cuanto al tratamiento, todos recibieron analgesia, siendo el metamizol el más empleado (70,4%). En ningún caso se puso sonda nasogástrica. En el 48,1% se administró inhibidor de la bomba de protones. En cuanto al líquido administrado en las primeras tres horas, en el 29,6% de casos no se administró sueroterapia, en el 33,3% sólo 500cc, en el 22% 1000cc y en el 7,4% 1500cc. En ningún caso se realizó la monitorización de constantes según protocolo. El 25,9% de casos ingresaron en cirugía y el resto en digestivo.

Lecciones aprendidas.

Se han detectado algunas áreas de mejora en el manejo de la pancreatitis aguda.

C-828

SIGLO XX: BAÑO MARÍA VERSUS SIGLO XXI: CALENTADOR DE SUEROS

PRECIADO BARAHONA, M .J.; ARANZABAL CONDE, M. A.; ECHAVE RUIZ-DE-ALEGRIA, A.M.; PINTADO SANZ, R.; ANTOLIN VICENTE, M. y MURUA ARRIZABALABA, A..

Palabras Clave: Manitol, Baño Maria.

RESUMEN

Contexto de partida.

Tenemos un equipo multidisciplinar responsable de la Seguridad clínica dentro de nuestro Servicio. Este equipo, entre otras funciones, se encarga de analizar los diferentes partes o incidencias de Seguridad que se recogen en alguno de los registros que tenemos para comunicar las incidencias que ocurren o pueden ocurrir en el Servicio de Urgencias.

En uno de estos partes nos comunicaron que tras colocar un Manitol al 20% al baño maría les había estallado el frasco.

Buscar alternativas más seguras para la perfusión del manitol al 20%

Revisar las prácticas recomendadas por los diferentes fabricantes del manitol al 20%.

Descripción del problema/necesidades.

Buscar en el mercado las alternativas que ofrece el mercado al baño maría.

Contactar con otros servicios para saber si tenían resuelto el problema

Desarrollo y soluciones aportadas.

Revisar las prácticas recomendadas por los diferentes fabricantes del manitol al 20%.

Buscar en el mercado las alternativas que ofrece el mercado al baño maría.

Contactar con otros servicios para saber si tenían resuelto el problema

Resultados obtenidos.

Tras la revisión de las recomendaciones por parte de los fabricantes siguen recomendando el baño maría y sacudir el producto periódicamente hasta la completa dilución de la solución.

Analizamos los posibles riesgos que corremos con la práctica del baño maría.

Pedimos al servicio de compras la adquisición de una estufa para calentar sueros.

Hemos establecido un periodo de seguridad de un mes para todos los sueros que mantenemos en la estufa comprobando que no se cristaliza

Lecciones aprendidas.

Con todo ello hemos resuelto varios problemas de Seguridad que estaban latentes en la administración de este fluido.

Tenemos totalmente controlada la temperatura a la cual se administra el suero (36,6º C).

Tenemos disponible en el minuto cero la medicación para prefundirla adecuadamente

Los profesionales ven que sus “partes de seguridad” son analizados y si es posible resueltos.

C-829

LA GESTIÓN DEL ALMACÉN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: POR LA MEJORA CONTINUA

ARANZABAL CONDE M.A.*; PRECIADO BARAHONA M.J.; MARTÍNEZ FERREIRO V.; BENITO SANZ F.; CALLE PRIETO R. Y GABARAIN ZABALETA C..

Palabras Clave: Almacen, Urgencias, Gestión.

RESUMEN

Contexto de partida.

El almacén de urgencias es una pieza clave en la organización de un Servicio de Urgencias. De su adecuada dotación y organización depende en gran medida una atención en tiempo y calidad adecuada.

Descripción del problema/necesidades.

Durante el último trimestre del 2008 se procedió a la reforma, estructural y de sistema, del almacén de nuestro Servicio de Urgencias con el objetivo de mejorar la accesibilidad de los productos, reducir los tiempos de proceso, reducción de las tareas administrativas y mejorar el nivel de satisfacción del trabajador.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Pacto con el Servicio de Compras para llevar a cabo la reforma estructural que requería de sistemas modulares: estanterías con cajones y estanterías abiertas.

Pacto con el Servicio de Almacén del Hospital Donostia para modificar el sistema de pedidos. El pedido de Almacén que se realizaba una vez por semANA según estimaciones subjetivas pasa a realizarse tres veces a la semANA según consumos.

Se introducen las referencias con códigos de barra en una tarjeta situada en la misma bandeja y que por un lado lleva la referencia en color blanco y por el otro lado la misma referencia en color rojo. Se pacta con Almacén el depósito del producto en Urgencias y la cantidad a reponer, datos que van incluidos en la tarjeta de código de barras.

Utilizamos el sistema de doble depósito para cada producto de tal manera que dividimos la bandeja (donde ubicamos el producto) en dos zonas. Cuándo la Auxiliar de Enfermería que es la reponedora del material fungible en la Urgencia vacía el primer hueco coloca la tarjeta por el lado rojo y es el celador del Servicio de Almacén quién procede tres veces por semANA a la lectura de las tarjetas rojas con una pistola escaneadora que a su vez envía los datos al almacén general. El

almacén recibe los datos, prepara el pedido y nos suministra el producto al Servicio de Urgencias.

Se ha realizado un listado en el almacén de identificación de ubicaciones para facilitar la localización del producto a cualquier trabajador con experiencia o no en el Servicio.

Se han confeccionado plantillas de reposición con el material que debe haber en cada zona de trabajo y así evitar el almacenamiento de los productos

Resultados obtenidos.

Reducción del coste (7,41%) con respecto al mismo periodo del año pasado.

Lecciones aprendidas.

El pedido se ajusta al consumo real y no a las estimaciones subjetivas evitando un exceso de depósito.

Optimización de costes Reducción del espacio de almacenamiento.

Mayor control de las caducidades de los productos ya que a menor almacenamiento hay mayor rotación.

C-830

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

PARDO HERNÁNDEZ, ALBERTO; MORÓN MERCHANTE, JAVIER; ALBENIZ LIZARRAGA CARMEN Y JUAREZ PELAEZ ELENA.
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Palabras Clave: Seguridad paciente, gestión riesgos sanitarios, estrategia.

RESUMEN

Contexto de partida.

En la Subdirección de Calidad del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y en su desarrollo han participado 393 profesionales de 45 unidades funcionales de riesgos sanitarios (UFGRS)y posteriormente alrededor de 75 profesionales en grupos de trabajo.

Descripción del problema/necesidades.

Cuando comenzamos a trabajar en seguridad del paciente teníamos los siguientes problemas: no teníamos cultura de seguridad, faltaban referentes, ejemplos y experiencias y precisábamos un cambio organizacional. Se elaboro el primer plan de riesgos y se crearon las UFGRS. En el año 2008 se habían finalizado las actuaciones previstas en el plan (cultura, organización, información, formación, herramientas y actuaciones específicas) y se realizó un análisis de situación sobre el entorno nacional e internacional, y la experiencia de la propia Comunidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Con el diagnóstico de situación se realizó un diagrama de afinidad que dio como resultado la definición de 4 líneas estratégicas. En una segunda fase (2008/09) se pusieron en marcha 13 grupos de trabajo para las 4 líneas. Además el borrador fue también presentado, en abril de 2009, para su valoración y aportaciones a las unidades directivas de las áreas de farmacia, salud pública y las asistenciales del SERMAS y también al pleno del Observatorio para su aprobación. Finalmente el 5 de mayo se realizó la presentación a toda la organización, se facilitó una copia a los asistentes y se incluyó en la Intranet para facilitar las aportaciones de los profesionales en general.

Resultados obtenidos.

En el momento actual se ha finalizado el primer ciclo de planificación y se ha elaborado el segundo ciclo de planificación del SERMAS que nos permitirá tener objetivos de actuación hasta el año 2012. Tenemos alrededor de 400 profesionales trabajando en las diferentes gerencias para mejorar la seguridad de nuestros pacientes, tenemos unidades en todas las gerencias, en el 89% de las UFGRS se han establecido objetivos.. Nos faltaba incluir actuaciones en los servicios clínicos. En la nueva estrategia se han establecido cuatro líneas (cultura, conocimiento y aprendizaje, organización y atención a los pacientes) se han establecido , 21 objetivos estratégicos, 38 actuaciones para las tres primeras líneas y 63 actuaciones para la citada cuarta línea.

Lecciones aprendidas.

Se necesita tiempo, existe mucha información, debemos priorizar, elegir bien el grupo coordinador, dificultad medir efectividad. Buscar apoyos, incluidos pacientes, priorizar formación pregrado. Tener paciencia, estrategias ambiciosas pero alcanzables, ser constantes en la implantación.

C-831

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES ES UNA ESTRATEGIA EFICAZ CONTRA LAS BARRERAS EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

LUENGO, T.; ACEVEDO, M.; MARTÍNEZ, M.; SÁNCHEZ, S Y RUBIO, C..
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Palabras Clave: Seguridad, Paciente, Evidencia, Formación.

RESUMEN

Contexto de partida.

El proyecto se ha desarrollado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Y ha sido organizado por el Departamento de Calidad, Formación e Investigación de la Dirección de Operaciones y Enfermería

Descripción del problema/necesidades.

Las principales barreras establecidas para la difusión de las estrategias en materia de Seguridad del paciente son la formación insuficiente y el escaso desarrollo de la cultura del riesgo, por tanto cualquier proyecto que incida en la eliminación de dichas barreras aumentará la Seguridad de los pacientes, por ello desde el Departamento de Calidad, Formación e Investigación de la DOE del HUFA, se diseñan acciones formativas sobre seguridad del paciente dirigidas a los miembros del colectivo enfermero.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Se diseñaron dos cursos y 8 sesiones formativas dirigidas al colectivo, cuyo objetivo era “Promover la cultura de Seguridad del paciente y capacitarles para conocer e identificar los puntos críticos en el desempeño de la práctica asistencial, que afectan a la seguridad del paciente”. Si bien los contenidos fueron adaptados a las diferentes competencias de cada colectivo. Para mejorar la difusión de los contenidos los docentes fueron personal de nuestro hospital, representativos de sus unidades y con capacidad de liderazgo, abordando así la barrera definida como “Falta de liderazgo directivo a favor de la Seguridad del Paciente y las Prácticas Seguras”. El proyecto tuvo tres fases: Diseño y planificación, Elaboración de los contenidos y Resolución, que se realizaron entre Enero-2008 y Mayo-2009.

Resultados obtenidos.

La asistencia a los cursos ha sido de 82 personas y a las sesiones de 128. Todas las acciones formativas han sido acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Las evaluaciones de los alumnos han sido positivas con notas de calificación global por encima del percentil 75. Y destacando la alta utilidad de los cursos para su trabajo habitual.

Lecciones aprendidas.

La experiencia ha sido gratificante tanto para los alumnos como para los docentes. Y nos proponemos realizar nuevas ediciones en el próximo curso académico, aumentando los colectivos implicados en la formación. La formación en Practicas Seguras en los cuidados, haciendo especial énfasis en difundir los conocimientos y procedimientos para que adquieran la competencia en prestar un atención segura mediante una atención limpia, nos ha parecido una experiencia que vale la pena compartir.

C-832

BOMBA DE PERFUSIÓN INTRAVENOSA: HERRAMIENTA DE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL USO DE FÁRMACOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

FERIA, F.J.; SÁNCHEZ, E.; PÉREZ, P.; ÁLVAREZ, J.; MARTÍNEZ, F.M. Y SANTOS, M..
HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN BENALMÁDENA

Palabras Clave: Prevención, Errores, Fármacos, Seguridad.

RESUMEN

Contexto de partida.
Estudio realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Benalmádena (HARB) por un grupo multidisciplinar: Diplomados en enfermería, médicos urgenciólogos y técnicos sanitarios.
Descripción del problema/necesidades.
Prevenir errores en la administración de fármacos por vía intravenosa es un objetivo de Seguridad Clínica en nuestro Servicio de Urgencias (SU). Se ha buscado un procedimiento para llevarlo a cabo; la bomba de perfusión programada intravenosa (BPPIV). Mediante esta herramienta podemos elegir un determinado fármaco y la dosis a administrar dentro de un intervalo prefijado previamente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Un grupo de expertos en el campo de Urgencias que trabajan en el HARB (médicos, enfermeros, técnicos) seleccionó un grupo de fármacos y los intervalos (bolo inicial, dosis de mantenimiento) en las dosis usadas.
Se realizó una sesión informativa al comienzo del estudio así como se colocaron paneles informativos sobre el uso de las BPPIV en diversos lugares del SU del HARB. Tras seis meses de uso, se analizaron los datos memorizados en las bombas de perfusión.
Resultados obtenidos.
Se detectaron que fármacos se utilizan con más frecuencia, así cuales se utilizan fuera del intervalo de seguridad programado. Disminuyeron los errores en la velocidad de administración de los fármacos usados.
Al comienzo del estudio debido a un déficit de conocimiento del DUE y/o médico que utiliza la BPPIV su uso era muy limitado (aumento del tiempo de atención al paciente, alarmas generadadas por usar dosis fuera del rango programado previamente, etc). Después de varios meses su uso fue generalizado y ampliamente aceptado por todo el equipo del SU.
Lecciones aprendidas.
El uso de las BPPIV en la administración de determinados fármacos en los SU previene la aparición de efectos adversos y aumenta la seguridad de los pacientes atendidos. Realizar evaluaciones periódicas de los datos analizados en la memoria para así mantener actualiados los protocolos de los fármacos más importantes en los SU (dosis en bolo y mantenimiento y límites de seguridad). Implatar un plan de formación de todos los profesionales del SU tanto a los de nueva incorporación (Plan de Acogida) como a los antiguos (Revisión y Actualización de Recomendaciones y Protocolos en el uso de fármacos intravenosos). Evaluación anual de los resultados obtenidos de la memoria de las BBIV

C-833

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE ESTANCIAS E INGRESOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANT JOAN D'ALACANT (2004 A 2008)

GALLARDO MARTÍNEZ D; GEA VELAZQUEZ DE CASTRO MT; ARANAZ ANDRÉS JM.; LIMÓN RAMÍREZ R; REQUENA PUCHE J Y CORRALES HERNÁNDEZ MJ.
HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANT JOAN D'ALACANT

Palabras Clave: Adecuación, Estancia, Admisión, Ingreso.

RESUMEN

Contexto de partida.
Trabajo realizado en el Hospital Universitari de Sant Joan d'Alacant, en el que han intervenido el personal del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial.
Descripción del problema/necesidades.
El uso inadecuado de la hospitalización conlleva un excesivo aumento del gasto sanitario y una disminución en la calidad de los servicios sanitarios prestados. El AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) representa una herramienta útil para valorar el uso inapropiado de la hospitalización. En virtud de los resultados obtenidos se pueden llevar a cabo recomendaciones para intentar reducir la utilización hospitalaria innecesaria, disminuir los costes sanitarios inadecuados, modificar la práctica clínica incorrecta e identificar y solucionar los problemas organizativos del hospital.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Estudio transversal, observacional, analítico, prospectivo, llevado a cabo sobre los pacientes ingresados en el hospital que cumplían los criterios de inclusión que determina el AEP, durante periodos de 14 días durante 5 años consecutivos. Se utilizó la versión de AEP para servicios hospitalarios generales. Se han analizado las posibles relaciones entre las distintas variables que recoge el AEP.
Resultados obtenidos.
Se estudio una muestra total de 1511 pacientes. Un 2'3% de las admisiones y un 7'5% de las estancias fueron inadecuadas. La causa más frecuente de admisión inadecuada (43'8%) fue "las necesidades diagnósticas o terapéuticas podían ser atendidas en pacientes externos". La causa más frecuente (50'5%) de estancia inadecuada fue "pauta médica de hospitalización excesivamente conservadora". Se observó una relación lineal negativa entre la inadecuación de la admisión y el transcurso de los años. Mediante análisis de regresión múltiple, se consideraron variables asociadas a la inadecuación de la admisión el año de estudio, el tipo de servicio de ingreso (médico o quirúrgico) y el día de la semANA de ingreso; se consideraron variables asociadas a la inadecuación de la estancia el año de estudio y el tipo de servicio de ingreso.
Lecciones aprendidas.
Llama la atención el bajo porcentaje de ingresos inadecuados. La admisión inadecuada se relaciona con el día de la semANA de ingreso, destacando un mayor número de ingresos inadecuados en viernes. Existe mayor inadecuación de estancias y de ingresos cuando el servicio de ingreso es médico. La inadecuación de estancias y de admisiones ha ido decreciendo a lo largo de los años, lo cual puede ser fruto de una mejora asistencial, o de una variación de la observación en el proceso de revisión.

C-834

RED DE CENTROS NODOS Y MENTORES PARA EL IMPULSO DE PRÁCTICAS SEGURAS

VICENTE SANTANA LÓPEZ Y MARTA VAZQUEZ VAZQUEZ.
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA

Palabras Clave: Red, seguridad del paciente, practicas seguras

RESUMEN

Contexto de partida.

Observatorio para la Seguridad del Paciente

Descripción del problema/necesidades.

Diseño de instrumentos para acelerar y dar sostenibilidad a la implantación de prácticas seguras en los entornos asistenciales.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Establecimiento de una red interconectada de Centros implicados en la implantación de una determinada práctica segura (higiene de las manos, listado de verificación de seguridad quirúrgica, eliminación de las bacteriemias asociadas al uso de catéteres...) Aquellos centros que destacan por los resultados alcanzados en la implantación de algunas de estás prácitas seguras se constituyen en “mentores”, dispuestos a ofrecer asesoramiento y compartir las claves de ese éxito con el resto de centro “nodos” de la red.

La iniciativa se completa con la creación de una herramienta software de micro-evaluación y seguimiento de la implantación, y un entorno de comunicación a modo de “Comunidad de práctica” que facilita la resolución de problemas entre los miembros de la red.

Identificación y publicación de los centros nodos y mentores en la WEB del Observatorio de Seguridad del Paciente, con acceso a los contenidos relevantes.

Resultados obtenidos.

La primera red constituida de centros nodos y mentores para la mejora de la higiene de las manos cuenta en la actualidad con más de 170 centros (Hospitales, atención primaria, emergencias, unidades especiales, etc...) Se ha iniciado la puesta en marcha de la red de centros para la eliminación de las bacteriemias asociadas al uso de CVC (BacteriemiaZero) y para la implantación del Listado de verificación de Seguridad quirúgica de la OMS

Lecciones aprendidas.

Los micro-instrumentos de evaluación, la disponibilidad de herramientas listas para su uso en los entornos asistenciales y el acceso a comunidades de práctica específicas para la resolución de dudas, el lanzamiento de ideas y el intercambio de soluciones facilitan y aceleran la implnatación de prácticas seguras.

C-835

“LA ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE MAMA DEL HOSPITAL PUERTA DEL MAR”

ANTONIA ARENAS VILLALOBOS; ASUNCIÓN RUBIO BARRANCO; DOLORES SILVA GARCÍA; JUANA RIOS CARRASCO; JUAN BUSTAMANTE PIÑERO Y ROSA BENITEZ ROSSO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Palabras Clave: Mapa Riesgo Seguridad Unidad gestion, pacientes

RESUMEN

Contexto de partida.

En la Unidad de Gestión del Hospital Universitario Puerta del Mar. Mediante varias reuniones de Equipo participamos todos sus componentes.

Descripción del problema/necesidades.

La seguridad es la capacidad de disminuir riesgos propios de la atención sanitaria y del entorno del paciente, familiares y profesionales (disminuir efectos adversos). Al formar parte del equipo multidisciplinar y colaborar en el plan de seguridad de la Unidad observamos que existía una Ausencia de cultura en seguridad, Ausencia de registros y análisis de incidentes, resistencia y ausencia de compromiso en los profesionales. Por lo que decidimos en una reunión de equipo la elaboración de un diseño metodológico propio, aunque siguiendo algunas recomendaciones de carácter general.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Comenzamos con una revisión bibliográfica sobre el tema con la finalidad de buscar alguna referencia previa con este enfoque y la realización de un Mapa de Riesgos construido a partir de un catálogo. AMFEC (Análisis de Modo de Fallos, Efectos y Criticidad) para valoración y priorización del abordaje de los efectos adversos detectados. Diseño de un plan de prevención de los riesgos. Básicamente ¿Qué modificaciones tenemos que hacer al proceso actual para evitar al 100 % la aparición de cualquier efecto adverso?. Distribución de la tarea entre los miembros del grupo.

Resultados obtenidos.

•Elaboración de un listado de comprobación (“check list”) que acompañe al paciente durante todo el proceso con el fin de comprobar en cada etapa que se han adoptado las medidas preventivas adecuadas que correspondan a ese paso.

Registro de los efectos adversos que se produzcan.

Análisis de causa-raíz de los casos que se produzcan.

Introducción de las medidas correctoras que sean convenientes, modificando para ello, si es conveniente, el proceso y/o el listado de comprobación.

Lecciones aprendidas.

La atención sanitaria “segura” es un derecho básico de los ciudadanos y aunque ninguna actividad humANA está exenta de errores, existe “la posibilidad de aprender de ellos y prevenirlos”

La seguridad del paciente se convierte en uno de los fundamentos de la calidad de la atención sanitaria.

Adquisición de una cultura de seguridad por parte de los miembros del equipo.

C-836

PUESTA EN MARCHA DE LA ATENCIÓN EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

BEGOÑA DE ANDRÉS GIMENO; DOLORS MONTSERRAT CAPELLA; RAMON MARTÍNEZ ALONSO; MANUEL REVUELTA ZAMORANO Y PEDRO MIGUEL GÓMEZ GARCÍA.
HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Palabras Clave: Reanimación cardiopulmonar.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda. Se elabora un protocolo para la mejora de la atención a la parada cardiorrespiratoria, que incluye: llamada al equipo de avanzada, algoritmo de actuación, normalización de carros de parada, distribucion de carros y desfibriladores y registros de revisión Los profesionales implicados:aestesiologos, intensivistas, supervisoras de unidad, enfermeras, matronas y pediatras

Descripción del problema/necesidades.
El soporte vital básico instrumental y avanzado es una práctica que debe estar sistematizada en el medio hospitalario. La apertura de un nuevo hospital planteo la necesidad de organizar el circuito y protocolo. Se hace necesario disponer de una adecuada organización, personal suficientemente entrenado y equipos normalizados distribuidos estratégicamente con un mantenimiento periódico.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar para la organización de la atención a la parada. Se elabora un protocolo que incluye:sistema de llamada,actuación para RCP básica-instrumental y avanzada, contenido de carros, su ubicación estratégica, registro de revisión , algoritmos de actuación y mapas para La difusión del protocolo se realizó por unidades de enfermería incluyendo carteles informativos con: el número de movil, contenido del carro y algoritmo de actuación, y un programa de formación “extra” para entrenamiento y reciclado periódico en RCP básica-instrumental que garantice la efectividad en la actuación hasta la llegada del equipo de avanzada.

Resultados obtenidos.
Los resultados del proyecto son 59 carros de parada . Registros normalizados y específicos de cada unidad (cada carro tiene un código) para la revisión del carro. Cada mes se envían a la unidad de calidad los registros de revisión. Se cumplimentan dos modelos distintos. Uno de revisión (cuyo cumplimiento alcanza el 70% después de cuatro meses de finalizar el protocolo), y otro exclusivo de parada cardíaca. Se conoce el número de paradas en el hospital distribuidas por meses y por unidades. El total de profesionales formados ha sido de 322 personas (ultimo trimestre de 2008 y primer cuatrimestre de 2009).

Lecciones aprendidas.
La evaluación de la formación debería contemplar la evaluación de competencias del alumnado y realización de simulacros con el objetivo de obtener una adecuada capacitación de profesionales. Monitorizar indicadores de evaluación del protocolo para detectar oportunidades de mejora.Se debe ocumentar los eventos de las paradas cardiorrespiratorias para la valoración de las prácticas de RCP.

C-837

ESTRATEGIAS EN SEGURIDAD RELACIONADAS CON LAS SOLUCIONES ANALGÉSICAS EN UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO ISO 9001:2000

BOUZÓ, N; BAJO , R; CARRASCOSA,AJ; GOMIS,P; GÓMEZ,FM Y SALDAÑA,R.
HOSPITAL 12 OCTUBRE

Palabras Clave: Seguridad, Gestión Riesgos, Gestión Procesos.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el H. 12 de Octubre en el entorno de una Unidad de Dolor Agudo (UDA) ISO:9001-2000. En el proyecto participaron profesionales de la Unidad de Reanimación, la UDA y el Servicio de Farmacia. También responsables del personal subalterno y supervisores de enfermería de las plantas de hospitalización.

Descripción del problema/necesidades.
La norma ISO 9001:2000 exige disponer de métodos para la validación del diseño y desarrollo para confirmar que el producto satisface los requisitos para el uso previsto. En este sentido, la certificación ISO 9001:2000 en referencia al control y seguimiento del dolor postoperatorio severo implicó establecer pautas para prescribir los tratamientos y diseñar procesos de apoyo para la preparación y distribución de las soluciones analgésicas (SA). A continuación describimos las estrategias en seguridad empleadas para regular la prescripción, trascripción, dispensación y distribución de SA

Desarrollo y soluciones aportadas.
1.Identificación de los procesos de gestión del dolor postoperatorio. Asignación de roles para la prescripción, trascripción, dispensación y distribución de SA .2.Diseño de circuitos para dispensar,distribuir y retirar SA caducadas 3.Integración en los procesos de principios que evitan ERRORES DE MEDICACIÓN:estandarización de procedimientos y SA, uso de protocolos ,prescripción electrónica,formatos según la vía de administración,uso de barreras que obligan a la comprobación, diferenciación de las SA y vías de administración con etiquetas, bombas y sistemas de administración de diferentes colores, bolsas de gran autonomía, retirada de SA no empleadas, sistemas de “doble chequeo”4.-Preparación de SA en el servicio de farmacia5.Información a los pacientes y la enfermería6.-Acceso por intranet a los comentarios de evolución y tratamientos

Resultados obtenidos.
Desde el implantación del proyecto se han realizado más de 2000 seguimientos de pacientes operados con una media de 3 días de duración. Durante ese período se han detectado ocho incidencias en una base de datos propia relacionadas con:1) preparación de medicación a una concentración superior a la habitual 2) Preparación de SA con caducidad inmediata3)No reposición de los sistemas para bombas de analgesia 4) Prescripción de anestésico local a concentración superior a la habitual 5)Programación incorrecta de PCA iv 6)Administración de tratamiento intravenos por vía equivocada.

Lecciones aprendidas.
La implantación de la gestión por procesos en el ámbito clínico favorece la integración de la cultura de la seguridad del paciente

C-838

CALIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ÚLCERAS VASCULARES EN EXTREMIDADES INFERIORES

ARANTON AREOSA, L. ; RUMBO PRIETO, JMª.; RAÑA LAMA, C. y TIZÓN BOUZA, E. .
ÁREA SANITARIA DE FERROL

Palabras Clave: Guía de práctica, Clínica, Úlcera.

RESUMEN

Contexto de partida.
Se realizó un estudio descriptivo transversal que tuvo lugar en 2008. En el Complejo Hospitalario A-Marcide-Novoa Santos de Ferrol y en los Centros de Atención primaria de Puentedeume y Labañou (A Coruña).

Descripción del problema/necesidades.
Se pretendía disminuir la incertidumbre profesional sobre los diferentes estilos de práctica clínica relacionado con las úlceras vasculares, así como estandarizar toda la información que hay sobre el tema. El objetivo era determinar que Guías de práctica clínica (GPC) sobre úlceras vasculares es más recomendable para su difusión en base a criterios de calidad.

Desarrollo y soluciones aportadas.
localización de las GPC a través de los descriptores por medio de una búsqueda sistemática en bases de datos genéricas, en bases de centros compiladores o de registros, en sitios web de organismos elaboradores y en centros metodológicos.
Aplicación de criterios selectivos para la inclusión-exclusión de las GPC en el estudio. Evaluación por 3 revisores externos utilizando el instrumento AGREE. Análisis estadístico descriptivo y consenso a través del método de grupo nominal.

Resultados obtenidos.
De 9 GPC sobre el manejo de las úlceras vasculares de la extremidad inferior (2 nacionales y 7 internacionales) evaluadas por el AGREE, se obtuvo que 4 son muy recomendables, otras 4 son recomendables con excepciones y una no es recomendable. La puntuación media intra-observador fue 2.18 y coeficiente de correlación r=0,78. Las guías muy recomendadas, al ser extranjeras, tienen una gran limitación para su adaptación a nuestra realidad sanitaria.

Lecciones aprendidas.
Una forma efectiva de mantenerse al día en los avances en el manejo de las úlceras venosas es conociendo y aplicando las GPC recomendadas. Con esta disposición, los profesionales sanitarios, adquiriendo conocimientos y desarrollando habilidades, estarán contribuyendo a que las úlceras venosas reciban un tratamiento más efectivo, reduciendo el tiempo de cicatrización, reduciendo los costes y mejorando la calidad de vida de los pacientes. La evaluación por tres revisores aunque adecuada y, reforzada por una correlación intraobservador alta; queda cuestionada por la recomendación del AGREE de utilizar un mínimo de 4 revisores para transmitir una mayor fiabilidad. Contar con una amplia representación GPC en el campo de las Ulceras vasculares, publicadas por instituciones de renombre no nos garantiza que sea una buena GPC. La experiencia nos dice que sólo la valoración crítica sobre la calidad de elaboración y la evidencia que sustenta las recomendaciones podemos llegar a la conclusión de poder recomendarla como buena.

C-839

PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS 2002-2009 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. IMPLANTACIÓN I EVALUACIÓN

DOMÉNECH SPANEDDA, M.F. ; *REBULL FATSINI, J; REDO SABATER, V.; SOLÀ MIRAVETE, M.H.; SOL VIDIELLA, J. Y CHAMARRO MARTÍ, E..
NJOVE.HTVC.ICS@GENCAT.CAT

Palabras Clave: Vigilancia, Prevención, Seguridad, Responsabilidad.

RESUMEN

Contexto de partida.
A partir del año 2002 siguiendo las directrices de CDC el servicio de medicina preventiva inician una serie de actividades para la implantación y evaluación de un programa de higiene de manos en el hospital.

Descripción del problema/necesidades.
El programa incluye criterios del estudio ENEAS del estudio nacional de indicadores de buenas prácticas. De este modo el programa consolidado se integra en el plan de seguridad del paciente de nuestro hospital.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Los pilares fundamentales de actuación han sido: formación en servicio, disponibilidad de soluciones alcohólicas, monitorización del consumo e introducción de la cultura de evaluación de la higiene de manos. A partir del 2007 se muestrean dos unidades por año (crítica y convencional) donde se realiza observación directa de higiene de manos. El material utilizado: una hoja de recogida de datos validada en el estudio ENEAS. Sujetos del estudio: muestra aleatoria de 120 observaciones de profesionales. Las variables observadas: 1. Oportunidad de higiene de manos 2. Adecuación de la técnica. 3. Evolución anual del consumo de alcohol/1.000 pacientes/día.

Resultados obtenidos.
42 seminarios realizados. Implantación de soluciones alcohólicas en todo el centro, lo más cerca posible del paciente. indicador de consumo, hemos pasado de 3,19litros/1.000 pacientes/día a 10,8l/1.000 pacientes/día. Evaluación: distribución de observaciones (60 en unidades críticos, UMI, neonatos y 60 unidad médica y unidad quirúrgica). Unidades de críticos en el 78,72% de las observaciones se realizó una higiene de manos antes y en un 66% después del contacto con el paciente. Unidades de hospitalización los resultados fueron los siguientes: un 34% antes y un 74,4% después del contacto. En cuanto a la adherencia antes y después de una técnica aséptica, en las unidades de críticos en 69,23% se realizó una higiene antes y en un 92,30 % después. En las unidades de hospitalización un 81,25% efectuó una desinfección de manos antes y un 75% después. Sólo un 26,85% de los observados ha realizado el movimiento de dedos cerrados sobre la palma según el método descrito en la norma EN 1500.

Lecciones aprendidas.
La implantación del programa supone una mayor sensibilización de la relevancia de la higiene de manos como muestra el resultado del consumo de alcohol que se ha triplicado. El profesional sanitario cumple en un porcentaje más alto la higiene de manos antes y después de un procedimiento aséptico. La desinfección de las manos se considera una técnica sencilla pero, en los seminarios de formación debemos seguir insistiendo en el cumplimiento de los seis pasos de la técnica.

C-840

ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS COLECTIVAS EN LA SIERRA NORTE. DISEÑO, DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CATÁSTROFES.

FARFÁN CASTRILLO, R.; HERRERA CORPAS, J.C.; ROMERO ROMERO, J.M.; LÓPEZ GALLEGO, M.J.; ORTIZ-REPISO ROMERO, MARIANO Y GARZÓN AJENJO BEATRIZ.
CHARE SIERRA NORTE

Palabras Clave: Catástrofe, Eficacia/Eficiencia, Manejo Seguridad Ambiental.

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se ha realizado en el Hospital de Alta Resolución Sierra Norte.
El plan de Emergencias ha sido llevado a cabo en el Servicio de Urgencias. El equipo ha sido multidisciplinar: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, administrativos, vigilantes de seguridad y servicio de limpieza.
Descripción del problema/necesidades.
Analizamos: - Cobertura a una población extensa. (recursos limitados) -Distancia,nuestro centro se encuentra a 100km del Hospital de referencia -Aumento temporal de la población en periodos vacacionales (turismo rural, excursiones escolares etc). -Alto número de carreteras con perfil sinuoso por encontrarse entre montañas.
-El medio de transporte de la zona para viajar a la capital es preferentemente el autobús y el tren.
Por todo ello, se ha hecho indispensable la realización de Plan Emergencias ante una Catástrofe para protocolizar todas nuestras actuaciones con el fin de maximizar todos los recursos y minimizar la morbimortalidad del personal atendido lo que se traduce en una mejora de la calidad asistencial.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Para la elaboración y desarrollo del plan se diseñaron una secuencia de tareas y actividades que se agrupan en tres fases temporales: FASE PREVIA: recopilación de información(ayuntamientos, colegios, hoteles, albergues,utoridades,recursos de nuestro hospital) FASE DE ACTIVACION: Puesta en marcha y ejecución del diseño. FASE DE ANALISIS Y EVALUACION POST-ACTIVACION: Revisión, evaluación y mejoras de los procesos según las evidencias constatada El equipo es multidisciplinar. En estos momentos nos encontramos en la fase de difusion de la informacion mediante sesiones informativas a todos los niveles asistenciales. Posteriormente se realizarán pequeños simulacros como ejercicio de aprendizaje por medio del entrenamiento y prueba de evaluacion de lo diseñado teóricamente.
Resultados obtenidos.
Todos los profesionales tuvieron la inquietud, que teníamos que estar preparados para una situación de esas carácterísticas, todos se promovieron y aportaron ideas que sin duda teníamos que tener en cuenta. A medida que se desarrollaba el protocolo íbamos solucionando problemas.
No hemos tenido, aún, situación real de catástrofe, pero tenemos la seguridad de cómo podemos disponer, organizar y desarrollar todo lo que nos rodea para ofrecer una calidad asistencial exquisita.
Lecciones aprendidas.
Debemos preveer cualquier situación crítica, para abordarlo con la mayor calidad posible. El trabajo en equipo es indispensable y el conocimiento de lo que nos rodea.

C-841

SEGURIDAD DE LA PACIENTE EN INSERCIÓN DE DIU

DE LA RUBIA DE GRACIA, M.; MOLINA ROMERO, C.; ABAD SÁNCHEZ, A.; MAYO CABEZA, R.; DEL VALLE FERNÁNDEZ, A. Y NAVARRO ROMERO, M.D..
C.S. FUENGIROLA - OESTE

Palabras Clave: Seguridad, Paciente, D.I.U.

RESUMEN

Contexto de partida.
Centro de Salud con una población de 24498 usuarios, dependiente del S.A.S. Se realiza por parte de los profesionales , médicos, enfermeras y auxiliares clínicas del programa de Planificación Familiar.
Descripción del problema/necesidades.
En el año 2005 se pueso en marcha el programa de inserción de DIU.
Hasta ese momento esta se realizaba en un centro de planificación familiar, dependiente del Ayuntamiento. Con este proyecto se pretendía evitar desplazamientos a las pacientes, garantizando la accesibilidad, e incidir en la seguridad de la paciente y protocolización del proyecto.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se seleccionó a un grupo de médicos, enfermeros y auxilares a los que se impartió una formación teórica y práctica en la técnica de inserción de DIU. Se elaboró un protocolo, tras consultar bibliografía y con la experiencia de los centros en los que se utilizaba esta técnica.
Se elabora una serie de pasos consecutivos. Para pasar al siguiente es necesario superar el anterior.
1.Tener una citología de menos de 1 año.
2.Realizar un exudado vaginal y endocervical, además de una analítica.
3.Firma de consentimiento informado.
4.Inserción de DIU con menstruación.
5.Registro completo en la Historia clinica informatizada.
6.Realización de ECO tras siguiente menstruación, a los 6 meses y posterior anuales.
Resultados obtenidos.
Los resultados se obtienen tras revisión de historia clínica de todas las mujeres a las que se inserta DIU. entre Enero de 2006 y Mayo de 2009, 54 DIU.
El 92.45% de las mujeres a las que se inserta DIU se encuentran satisfechas o muy satisfechas. El efecto más frecuente fue el aumento del sangrado menstrual, pero sólo motivó extracción de DIU a dos mujeres 3.63%. Hubo 1 embarazo, que se produjo en una mujer que no había acudido a revisiones y una expulsión de DIU.
El 100% de las mujeres firmaron el consentimiento informado.
El registro en la historia clínica supera el 95%. Los casos en los que no se registra puede deberse a fallos informaticos porque en estos casos esta registrado en la ficha de los pacientes.
Problemas detectados:
1-Gran prevalencia de exudados patológicos que condicionan las visitas sucesivas y retrasos en la inserción del DIU.
2-Ausencia de Revisiones en algunas mujeres. La primera ecografia la realizan el 100% pero este porcentaje baja significativamente a partir de la segunda.
Lecciones aprendidas.
La inserción de DIU es una tecnica sencilla con escasos efectos indeseables que deberia ser accesible a todas la mujeres que deseen utilizar este metodo de anticoncepción.
Es prioritario la seguridad de la paciente siendo fundamental el consentimiento informado.

C-842

CONDUCIR¿HASTA CUÁNDO?

JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; RAQUEL GARCÍA ALEGRE; SONIA DE LUIS ALVAREZ; MAITE LARRINAGA LLAGUNO; NEREA LARRINAGA LLAGUNO Y Mª CELIA MARCOS ALOR.
PORTUNEHY@HOTMAIL.COM

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
Cuando a una persona se le diagnostica demencia, tanto la persona como la familia tienen que enfrentarse a numerosos desafíos. De todas estas preocupaciones, conducir es uno de los temas más inmediatos
La progresión de esta enfermedad es gradual e impredecible en los pacientes que la sufren. Y por ello, las funciones cognitivas para la conducción (el juicio, el tiempo de reacción y la capacidad para resolver problemas) se ven afectadas. La conducción insegura puede atentar tanto contra la vida de la persona afectada por la demencia y como, contra la de muchas otras personas.
Descripción del problema/necesidades.
Ayudar a los familiares de estos enfermos a determinan cuando un enfermo con demencia constituye un peligro para sí mismo y para otras personas a la hora de conducir.
Desarrollo y soluciones aportadas.
La forma más eficaz de abordar la limitación o suspensión de la conducción involucra pasos progresivos y una combinación de estrategias que se adecuen a las circunstancias, los recursos y las relaciones familiares. Los familiares, pueden detectar ciertas actitudes que les adviertan de posibles problemas en la conducción, tales como:
• Realizar maniobras de giro dificultosamente.
• Pasar a un carril incorrecto.
• Experimentar confusión en las salidas de autopistas.
• Chocar contra la acera.
• Conducir a velocidades inapropiadas.
• Exhibir respuestas tardías ante situaciones inesperadas.
• No prever situaciones peligrosas.
• Exhibir un aumento de agitación o irritación al conducir.
• Provocar rayones o abolladuras en el automóvil.
• Perderse en lugares conocidos.
• Provocar situaciones cercanas a choques o accidentes.
• Recibir multas o advertencias.
• Tener accidentes automovilísticos.
• Confundir el freno y el acelerador.
• Detenerse en medio del tráfico sin razón aparente.
Resultados obtenidos.
Enseñarles a identificación a las familias los aspectos a tener en cuenta para reconocer las dificultades en la conducción y así ayudarles tanto a la familia y como al paciente en la toma de decisión sobre: seguir conduciendo solo, acompañado para que se sienta seguro, o restringirle dicha actividad.
Lecciones aprendidas.
Un diagnostico de demencia no constituye automáticamente un motivo para eliminar los privilegios de conducir. Ya que, conducir representa independencia, libertad, competencia y control.
No existe nada concreto que determine cuando constituye un peligro para sí mismo y para otros. Las familias deben determinar cuando el tiempo de atención, la percepción de la distancia o la habilidad para procesar información dificultan al paciente responder en la forma segura conduciendo.

C-843

A LA HORA DE DIVERTIRSE Y DISTRAERSE…

RAQUEL GARCÍA ALEGRE; SONIA DE LUIS ÁLVAREZ; JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; MAITE LARRINAGA LLAGUNO; NEREA LARRINAGA LLAGUNO Y Mª CELIA MARCOS ALOR.
PORTUNEHY@HOTMAIL.COM

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
La enfermedad de Alzheimer deriva en pérdida y en trasformación de la persona que la padece. Lo que ha perdido con la enfermedad, le roba al enfermo maneras de ser y sentimientos que eran parte integral de su ser. Esto le hace sentir vulnerable, por lo que algunas personas se resignan y se vuelven pasivas, cerradas, sin ganas de divertirse. No obstante, es posible, para muchos pacientes, cambiar, con la ayuda de los de su entorno, ya que el ser humano es más que un cuerpo y más una enfermedad.
Descripción del problema/necesidades.
Teniendo en cuenta las propias dificultades de la enfermedad, problema/ conseguir que el enfermo de Alzheimer se divierta y se distraiga. necesidades
Desarrollo y soluciones aportadas.
Debido a la pérdida de capacidades del enfermo de Alzheimer, surgen ciertas dificultades a la hora de divertirse y distraerse, que pueden ser superadas si se siguen ciertas pautas. Dificultad para comunicarse. Les resultara más fácil comunicarse a los enfermos de Alzheimer, si se utilizan conversaciones sencillas, o se evocaremos recuerdos, de los que ellos puedan hablar con más facilidad. También se realizaran actividades que favorezcan la comunicación.
Negativa a la participación y a ausencia.
Se preparara el ambiente para que les resulte lo más acogedor posible, y se les familiarizara con este.
También se pueden realizar rituales, para que familiaricen el entorno de distracción con la actividad.
Se les permitirá que actúen de forma espontanea.
Escasa capacidad de iniciativa y de participación.
Las actividades deben ser cortas para que no se casen.
Los enfados y el nerviosismo.
Lo principal es saber cuál es la causa del enfado o del nerviosismo.
No hay que obligarles a participar en ninguna de las actividades.
Resultados obtenidos.
La diversión y distracción del enfermo de Alzheimer a través de actividades dirigidas para ellos, y la creación de momentos que compartir con la familia.
Lecciones aprendidas.
A pesar de que las alteraciones del cerebro tengan efectos físicos importantes que van reduciendo gradualmente las capacidades de las personas afectadas, tales como el pensar, recordar, comprender, comunicarse, tomar decisiones, … estos enfermos también pueden y deben divertirse y distraerse. Para que las actividades a realizar sean lo mas efectivas, es preciso seguir ciertas pautas, con el de disminuir las dificultades que se presentan en los enfermos de Alzheimer a la hora de actividades divertidas.

C-844

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA DE PACIENTES NEUROMUSCULARES

PRIETO ALMEDA, D.; MEJÍAS RUIZ, M.; BENEDICT MEMBRILLO, A.; GARCÍA GARCÍA, E.; ARTÍNEZ REPISO, E. Y MURILLO FERNÁNDEZ M.A.. HOSPITAL REINA SOFIA - CORDOBA

Palabras Clave: Neuromusculares, fisioterapia ,coordinación interniveles, educación.

RESUMEN

Contexto de partida.

El programa se está realizando en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba desde Enero de 2008 y está llevado a cabo por: Fisioterapeutas, una Auxiliar de Clínica de la Unidad de Fisioterapia Respiratoria, Enfermera Gestora de Casos (EGCC), Enfermeras de Hospitalización de Neumología, Médico Neumólogo y Rehabilitador.

Descripción del problema/necesidades.

En los pacientes neuromusculares, la debilidad muscular respiratoria se instaura a medida que la enfermedad progresa, provocando disminución de la capacidad tusígena. Esto hace que una infección pulmonar tenga repercusiones clínicas importantes, necesitando ser hospitalizado, si no se actúa precozmente con tratamiento médico y fisioterapia respiratoria con asistencia mecánica de tos (Cought Assist). Ante esto realizamos un programa para la atención temprAna eliminando barreras y facilitando el acceso a la Unidad, capacitando al cuidador/ principal en el manejo de cuidado respiratorios, movilización del paciente con medidas ergonómicas y continuidad de cuidados.

Desarrollo y soluciones aportadas.

1ª Fase: La EGCC recibe al paciente de los Servicios de Neumología o Neurología y lo deriva a Rehabilitación para valoración e inclusión en el Programa. 2ª Fase: Una sesión o dos de Educación con seguimiento telefónico en la Unidad de Fisioterapia Respiratoria y posterior refuerzo de aprendizaje por la Enfermera Comunitaria. 3ª Fase: Cuando la EGCC detecta una reagudización respiratoria, unifica cita para Neumología y Fisioterapia para tratamiento en menos de 24 horas.

Resultados obtenidos.

Resultados: Se han atendido 15 pacientes con un total de 17 sesiones de educación, 7 episodios de reagudización ambulatoria con una media de 2.87 sesiones por paciente resolviéndose favorablemente sin necesidad de ingreso.

Lecciones aprendidas.

•El trabajo en equipo, minimiza recursos y evita duplicidad en asistencia.

•Se puede dar una atención de calidad, con flexibilidad y buena gestión de la agenda.

•Al ser pacientes frágiles, debemos capacitar a la familia para afrontar la situación de salud del paciente, proporcionando confianza y seguridad en el manejo.

•Este programa se encuentra en su inicio en constante autoevaluación y abierto a futuras mejoras.

C-845

ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y PRODUCCIÓN DE LOS WALK-ROUNDS EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE BENALMÁDENA

ENCARNACIÓN CUÉLLAR; RAFAEL TOSCANO; RAFAEL CASAÑAS; MARIA JOSE GARCÍA; PEDRO REYES Y FRANCISCO MARTOS. HOSPITAL DE BENALMADENA

Palabras Clave: Walks Rounds.

RESUMEN

Contexto de partida.

Hospital de Alta Resolución de Benalmádena **Descripción del problema/necesidades.**

Los Walk Rounds son reuniones periódicas, formales, entre responsables de unidades o servicios clínicos y la dirección para identificar los procedimientos o procesos que puedan poner en peligro a los pacientes y proponer soluciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.

En el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena el equipo directivo trabaja inmerso y convencido de esta política de calidad y seguridad y esta cultura de trabajo ha impregnado a todos los profesionales. Las comisiones de dirección del Hospital son el centro de reuniones, planificación, detección de áreas de mejora y priorización de soluciones. Están compuestas por todos los directores y responsables de todas las áreas asistenciales y no asistenciales.

Resultados obtenidos.

El hecho de ser un Hospital de Alta Resolución y, por lo tanto, no finalista en cartera de servicios, con necesidad de derivar u obtener de forma externa o intercentro pruebas complejas y otros recursos, hace que las soluciones o circuitos diseñados respondan a un concepto organizativo nuevo como todo el hospital en sí. Los contenidos de seguridad fundamentalmente tratados giran en torno a temas de identificación de pacientes, alertas de riesgos, circuito del medicamento, riesgos de caídas y hemoderivados.

•Nuestra política de identificación de pacientes ha hecho modificar los listados de trabajo para incluir la fecha de nacimiento en los pacientes de consultas externas y pruebas diagnósticas de imagen.

•Para facilitar la política de conciliación de la medicación habitual del paciente de cirugía mayor ambulatoria y combinarla con la escasa estancia hospitalaria de estos pacientes, se diseñó un circuito recordatorio y de custodia.

•Se valoró la forma más eficiente y segura de disponer de hemoderivados en cantidad y calidad según la actividad programada. En los procedimientos quirúrgicos con potencial hemorrágico vital se solicita tipaje y detección de anticuerpos irregulares y sangre en previsión isogrupo para el día de la intervención programada •La detección de inadecuada cobertura de los sensores de movimiento de las puertas de apertura automática de entrada motivó el cambio de estos sensores para evitar riesgo de caídas sobre pacientes.

Lecciones aprendidas.

La visión conjunta de todas las áreas, aportando su óptica y consensuando las mejores opciones, permite dar una respuesta ágil en tiempo, con escasa demoras y soluciones más adecuadas.

C-846

ESTRATEGIA FORMATIVA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA DE MADRID

CALVO MAYORDOMO MJ; GARZON GONZÁLEZ G; ESCRIVÁ DE ROMANÍ GRAGORIO B; MESEGUER BARROS CM; ALEMANY LÓPEZ A Y UBACH BADÍA B.GERENCIA A.
PRIMARIA ÁREA 1 MADRID

Palabras Clave: Formación seguridad del paciente

RESUMEN

Contexto de partida.
La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios para poner en gestión el Proceso Gestionar Seguridad del Paciente y tras identificar mediante DAFO con los responsables de los centros de salud (CS), cuáles eran los problemas claves identificados y por tanto las acciones a desarrollar durante el año 2009, se priorizó abordar la formación de los profesionales en este tema, pues se reconocía la escasa formación en el mismo. Se identificó esta acción como motor del cambio de la cultura existente al respecto
Descripción del problema/necesidades.
Para implicar más a los equipos en el tema de SP, en la negociación del Contrato Programa de 2009 se definió la figura del responsable del tema en todos los CS, con el fin de que lidere él la formación de los profesionales del equipo y motive el desarrollo de las acciones marcadas sobre la SP. Para ello, había que darles a ellos la formación necesaria. El curso era de 10 horas y al finalizar el curso el alumno debía ser capaz de liderar, desarrollar e implantar un plan básico de SP en su centro, y conocer los conceptos básicos en SP, así como los modelos más conocidos y la taxonomía concreta. Como objetivos también había dar a conocer los principales estudios y la magnitud del problema, reflexionando sobre la frecuencia de esta en su práctica clínica y adquirir conocimientos sobre la técnica y la utilidad del Análisis Causa Raíz (ACR) y del Análisis Modal de Fallos y Errores (AMFE)
Desarrollo y soluciones aportadas.
La implicación del equipo directivo del área es importante, siendo la Directora Enfermera la propietaria del proceso y la que se encargó de convocar a los responsables de los centros para que asistieran al curso. Posteriormente se logró la acreditación del curso por la Agencia Laín Entralgo y se incorporó al plan de formación continuada del área tanto el curso de abril (dirigido a responsables de SP) como el de octubre que está abierto a todos los profesionales sanitarios Resultados obtenidos
Asistieron al curso el 92% de los responsables de los equipos, donde tras evaluar dieron una puntuación media a la actividad docente de 8 puntos sobre 10. Además adquirieron el compromiso de revertir en una sesión docente, los contenidos principales del curso
Lecciones aprendidas.
Aunque teníamos como objetivo que conociesen las herramientas para el análisis de riesgos ACR y AMFE, ha habido que definir una jornada de trabajo completa para impartir con más detalle estas herramientas, aparte de dar a conocer otras herramientas de apoyo a la gestión de riesgos (Briefing de seguridad y análisis de eventos significativos)

C-847

IMPLANTACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL H DE MONTILLA.EN HERNIAS INGUINALES, CATARATAS, LEGRADOS Y TAC.

NICOLAS RODRÍGUEZ VEDIA; J L MONTERO CANTERO; M D PABLO VAZQUEZ; ESTER ORTEGA LIMON; SALUSTIANO LUQUE LOZANO Y JOSE GARCÍA SANCHEZ.
NICOLAS.RODRÍGUEZ.SSPA@JUNTADEANDALUCIA.ES

Palabras Clave: Cosentimiento Informado, Hernia, Legrado, Catarata, TAC.

RESUMEN

Contexto de partida.
En el Hospital de Montilla se seleccionaron 50 historias clinicas de cada uno de los procesos de Hernias inguinales, cataratas, legrados y TAC abdominal con contraste, del 2008, por parte del equipo provincial de inspeccion de servicios sanitarios.
Descripción del problema/necesidades.
Pretendiamos conocer la existencia de consentimientos informados(CI) problema/ , su estructura y grado de cumplimentacion, en los procesos necesidades enunciados del H de Montilla, su adaptacion a la ley 41/2002 de
autonomia del paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se solicitaron los modelos de consentimientos informados e la direccion del centro asi como el acta de su aprobacion para comprobar su adaptacion a la ley 41/2002. se pidio el listado de enfermos intevenidos en elaño 2008 en el centro con los codigos de los procesos seleccionados y se escogieron 50 HC, para comprobar la existencia de los CI y grado de cumplimentacion. De legrados como no habia 50 del 2008 se cogieron hasta 2005 para completar los 50.
Resultados obtenidos.
1-Todos los CI estaban adaptados a la ley 41/2002. se recoge la posibilidad de revocacion pero no de forma independiente. estaban aprobados por la comisin de calidad del centro. 2-todas las HC seleccionadas tenian el CI, salvo 5 de legrados y 1 de TAC. 3-Grado de cumplimentacion de los CI: en hernias inguinales un 36% no tenian la firma del facultativo aunque si la identificacion del mismo.en legrados el 26% faltaba firma del facultativo y el 4 % en TAC;en cataratas el 100% estaban completamente cumplimentados. 4-El documento de CI aparece en el 97,6 % de las HC evaluadas. 5-El 100% de los CI estan firmados por el paciente. 6-En todos los CI estan recogidos los riesgos tipicos de la intervencion, y aunque aparece el apartado de riesgos personalizados, noesta cumplimentado en ninguno.
Lecciones aprendidas.
1-Instaurar revisiones que garantizen no solo la identificacion del medico sino tambien su firma en el 100%. 2-el apartado de riesgos personales se deberia de especificar por paciente.
3-debe quedar separado el documento de revocacion del CI.

C-848

VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA DEMORA EN EL TRIAJE ENFERMERO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

RODRÍGUEZ NIETO,A ; LERMA PÉREZ, D; ALARCON AGUADO, C Y RAMOS VERA, A.
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD

Palabras Clave: Triaje, Demora, Reclamación.

RESUMEN

Contexto de partida.

La utilización de los servicios de urgencias pediátricas por parte de la población produce un incremento de la demanda asistencial en estos servicios. Así, aproximadamente el 75% de los niños que demandan nuestra asistencia podrían ser atendidos en atención primaria. La percepción en la demora por parte de la familia no siempre va unida a la asignación de la prioridad que se dá al paciente pediátrico en el triaje, por lo que las quejas y reclamaciones en relación con la demora no siempre responden a un determinado nivel de urgencia

Descripción del problema/necesidades.

1. Diferenciar los casos realmente urgentes de aquellos que no lo son a partir de una serie de preguntas y protocolos establecidos, clasificando a los enfermos según criterios de gravedad y no de llegada, por parte de la enfermera encargada del triaje.
2. Disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención y tiempo de espera probable 3. Determinar la comparativa en relación con otros Hospitales del mismo nivel.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Las fuentes de información han sido DIRAYA ,CMBD y Standares de soluciones aportadas Hospitales, junto a las bases de datos del Servicio de Gestión de Riesgos Clínicos, Atención CiudadANA y Prevención de Riesgos Laborales.
Se ha revisado el 100% de reclamaciones y quejas presentadas en el área de urgencias pediátricas, así como en el Servicio de Gestión de Riesgos Clínicos del Complejo Hospitalario.

Resultados obtenidos.

Durante el año 2007 se prestó asistencia urgente a 108.815 niños, que generaron 164 reclamaciones (0.15%). El total de asistencia urgente prestada ocasionó 3.222 ingresos (2.96%) entre observación y hospitalización. No se detectó ninguna reclamación por problemas derivados del triaje enfermero. Pendiente de adjuntar datos correspondientes al año 2008.
Durante el año 2007 se prestó asistencia urgente a 108.815 niños, que generaron 164 reclamaciones (0.15%). El total de asistencia urgente prestada ocasionó 3.222 ingresos (2.96%) entre observación y hospitalización. No se detectó ninguna reclamación por problemas derivados del triaje enfermero.

Lecciones aprendidas.

Formación a los profesionales, haciendo especial énfasis en los de nueva incorporación.
Edición de carteles y trípticos informativos dirigidos a los familiares con el objetivo de mejorar su grado de conocimiento del Servicio de Urgencias y los criterios empleados en el triaje.
Creación de una comisión de calidad INTERNIVELES (atención Especializada y Atención Primaria) que realice un adecuado seguimiento de todo el proceso.

C-850

ESTRATEGIA PARA LA POTENCIACIÓN DEL USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANDALUCES

PADILLA MARIN,V; FERNÁNDEZ GARCÍA, E; RODRÍGUEZ-BOUZA, M; MORENO CAMPOY, E; AVILA AVILA, JR Y DOMINGUEZ GUERRERO, F.
CONSEJERÍA DE SALUD

Palabras Clave: Seguridad del paciente, Medicación, Hospital.

RESUMEN

Contexto de partida.

Con el objetivo de armonizar el desarrollo de la Estrategia de Seguridad del Paciente, para que su implantación en el SSPA sea homogénea y los proveedores últimos dar una asistencia santiaria segura, se han establecido en el año 2009 líneas prioritarias a desarrollar e impulsar desde la Consejería de Salud.

Descripción del problema/necesidades.

Entre las causas por las que se priorizó esta línea se ecuentran la elevada prevalencia de errores de medicación detectadas en los diferentes estudios de eventos adversos realizados, la existencia de herramientas validadadas de autoevaluación y la poca utilización de los centros andaluces (sólo nueve centros) de esta herramienta para detectar áreas de mejora.

Desarrollo y soluciones aportadas.

Objetivo: Definir una estrategia global de uso adecuado y seguro de soluciones aportadas medicamento en los centros hospitalarios del SSPA en cada una de las fases de manipulación del mismo, desde su compra y almacenaje hasta la prescripción y administración. SISTEMAS DE AUTOEVALUACIÓN: ISMP-ESPAÑA. Incentivación del uso de la herramienta, conocer la situación actual de los centros, selección de los ítems de evaluación con mayor peso específico, creación de un banco de buenas prácticas accesible a través del observatorio de seguridad AUDITORIA DEL SISTEMA.ACSA. Establecimiento de estándares de seguridad en base a la situación media actual de los hospitales que han realizado la autoevaluación, establecerer los requisitos necesarios para la obtención de la acreditación “buenas prácticas en el uso seguro de medicamentos” estándares en base a la situación media actual de los hospitales que han realizado la autoevaluaciónEVALUACIÓN COMPARADA Elaborar propuesta de indicadores, designación de centros de referencia como elemento de comparación, autoevaluación contínua.
RESULTADOS EN SALUD DE LAS INTERVENCIONES: Satisfacción de los usuarios, morbi-mortalidad,

Resultados obtenidos.

Actualmente se está iniciando el desarrollo. Se ha establecido como fecha para la finalización el mes de ocutUbre de 2009 Se ha creado un grupo de trabajo: Equipo multidisciplinar en el que están presentes todas las categorías profesionales que intervienen en el proceso.

Lecciones aprendidas.

Entendemos que es una oportunidad para la mejora, el contar con cuestionarios validados de autoevaluación para poder comparar la situación de un hospital respecto a los demás y poder contar con buenas prácticas de referencia para alcanzar unos estándares mínimos.

C-851

ACTUACION DEL GRUPO DE SEGURIDAD TRAS DETECTAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA REDACCION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA.

IBAÑEZ TORRERO TERESA; LÓPEZ MARQUEZ CARMEN; AGUIRRE PALACIOS ALFONSO; GARCÍA GARCÍA ANGEL; GARCÍA ASUERO CATALINA Y GÓMEZ CAMACHO EDUARDO.
SAS.

Palabras Clave: Prescripción, Medicación, Redacción, Seguridad, Error,Criterios.

RESUMEN

Contexto de partida.
A pesar de la implantación de un programa de prescripción electrónica en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), se han detectado errores en la redacción de la prescripción medica e interpretación de la misma por parte de enfermería. Estos problemas pueden conducir a errores en la administración de medicamentos y poner en riesgo la seguridad de los pacientes.El grupo de seguridad es multidisciplinar. Está compuesto por tres médicos, tres enfermeras, un auxiliar y un celador.
Puntualmente un farmacéutico participa en las reuniones del grupo cuando su presencia es requerida.
Descripción del problema/necesidades.
Se identificaron dos necesidades:- unificar criterios en la redacción de las prescripciones médicas en el programa electrónico -identificar y comunicar lo antes posible aquellas órdenes que pudieran inducir a error de interpretación que pusiera en riesgo al paciente.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Durante el segundo semestre de 2008 se seleccionaron aquellas prescripciones que pudieran dar lugar a una interpretación variable por enfermería o a un error en la administración del medicamento. Una vez realizada la identificación de las posibles errores, se analiza dentro del grupo de seguridad la información, se aportan soluciones consensuadas con el personal facultativo, de enfermería y el farmacéutico. Se realizarán cortes transversales para medir la efectividad de todas las actuaciones.
Resultados obtenidos.
En sesiones clínicas multidisciplinares se transmiten las conclusiones al resto de la Unidad para su puesta en práctica. Para facilitar la comunicación de errores en la prescripción electrónica, además de la posibilidad de contactar directamente con algún miembro del Grupo de Seguridad, se dispone de un buzón donde se puede notificar de forma anónima cualquier evento en relación con la prescripción que haya conducido a un error o cuasi-error.
Lecciones aprendidas.
La prescripción electrónica reduce los errores en la administración de la medicación. Sin embargo, pueden existir problemas de interpretación que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Con las medidas adoptadas en el Grupo de Seguridad de la Unidad se pretende solucionar o minimizar los errores derivados en la prescripción electrónica

C-852

IMPORTANCIA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA TRANSMISIÓN DE LOS VIRUS VHC+, VHB+ Y VIH EN HEMODIALISIS.

LORENTE RUIZ, A.; CABELLO ROMERO, C. Y ESCOBAR GARCÍA, MJ..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Palabras Clave: BIOSEGURIDAD, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN,EDUCACIÓN SANITARIA

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital universitario virgen del rocio, unidad de gestión clinica uronefrologica, personal de enfermería y nefrologos de la unidad.
Descripción del problema/necesidades.
Objetivo General Educar, reforzar y asegurar el cumplimiento de las precauciones estándares para proteger al personal de salud y a los pacientes mismos de sufrir infecciones transmisibles mediante la exposición o contacto directo con fluidos de alto riesgo y así mejorar la calidad de Bioseguridad del personal de nuestra unidad. Objetivos Específicos 1. Concienciarnos de que el cumplimiento de las medidas estándares de prevención, durante el desempeño de nuestro trabajo, es la forma mas eficaz de protección para nosotros; profilaxis de exposición. 2. Evitar convertirnos en vehículo de transmisión de enfermedades para los pacientes. 3. Informar de que la vacunación de la hepatitis B es un mecanismo de inmunización activa . profilaxis de disposición. 4. Dar a conocer la existencia del protocolo post-exposición que lleva a cabo el Servicio de Vigilancia de la Salud (medicina preventiva).
Desarrollo y soluciones aportadas.
-El diseño del estudio es retrospectivo, observacional y descriptivo. Se trata de un trabajo enfocado a los profesionales como agentes susceptibles tanto los que trabajan en la unidad de hemodiálisis como en su centro anexo (el club de diálisis) donde solo se dializan pacientes con VHB+ y VIH. El principal material utilizado para este fin son las estadísticas del año 2008 que nos informan sobre el número de diálisis a pacientes con VHC+, VHB+ y VIH+. Reuniones periódicas durante varios meses. Grupo multidisciplinar formado por nefrólogos y personal de enfermería.
Resultados obtenidos actuaciones preventivas a adoptar
Existen medidas diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de cualquier patógeno transmisible a través de cualquier fluido corporal, se deben aplicar para el cuidado de todos los/las pacientes, independientemente de su diagnóstico o su presunto estado de infección. Todos los pacientes son potencialmente infecciosos.Profilaxis post-exposición.Creación de un protocolo de actuación. Profilaxis indicada para los/las trabajadores/as susceptibles que hayan sufrido un accidente biológico con riesgo de transmisión de agentes patógenos. Dicha profilaxis será diferente en función del estado serológico del paciente fuente.Que hacer en caso de accidente biológico. Diseño de un tríptico informativo:
1. Proceder al tratamiento de la zona afectada de inmediato.
2. Comunicar al mando directo el accidente biológico.
3. Seguimiento y control del accidente.
Lecciones aprendidas. Los profesionales de la salud corremos el riesgo de contraer infecciones y de convertirnos en fuente de infección para los pacientes, por ello la importancia de conocer y aplicar en nuestro trabajo diario las medidas preventivas, para ser protegidos y contrarrestar esta transmisión. La correcta utilización de los EPI frente al riesgo biológico en el medio laboral sanitario como herramienta de protección complementaria a las medidas generales de tipo higiénico, es hoy en día una asignatura pendiente. En base a esta premisa, lo mas importante es que el personal sanitario tome conciencia del riesgo profesional que supone la exposición a determinados agentes biológicos, como primer paso para cambiar la cultura preventiva frente al riesgo biológico y en consecuencia una adecuada protección personal.

C-853

INNOVANDO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA 1ª PRUEBA DE CATETER PERMANENTE

LÓPEZ VEGA, F.J.; MARTÍNEZ GARCÍA, M.; LORENTE RUIZ, A.; ESCOBAR GARCÍA, MJ. Y GUERRERO PÉREZ, J..
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Palabras Clave: Accesos Vasculares Permanentes, Protocolizacion, Optimización, Eficacia Cuidados.

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital universitario virgen del rocio, unidad de gestión clinica uronefrologica, personal de enfermería y nefrologos de la unidad.

Descripción del problema/necesidades.
La elevada prevalencia de pacientes con problemas de acceso vascular para recibir terapia de hemodiálisis implica que cada vez con mayor necesidadesfrecuencia sea necesario acudir al uso de catéteres permanentes tunelizados. Nos parece primordial disminuir la angustia e incertidumbre del paciente sobre los procedimientos y técnicas a los que va a ser sometido.Para resolver todas estas cuestiones, hemos puesto en marcha un protocolo de actuación con los siguientes OBJETIVOS: - Disminuir el nivel de ansiedad y/o estrés del paciente mediante la creación de una metodología protocolizada. - Disminuir el riesgo de infección y de embolia, reduciendo la manipulación frecuente de las ramas del catéter mediante la colocación de dos llaves de tres pasos. - Disminuir el riesgo de coagulación mediante la reducción de los tiempos de parada del sistema sanguíneo extracorpóreo. El estudio se ha llevado a cabo a lo largo del año 2008, en 85. pacientes que precisan hemodiálisis. La necesidad de mejora continua de los cuidados enfermeros nos hizo plantearnos la aplicación de una metodología protocolizada que modificara el actual procedimiento y las intervenciones de enfermería ante la primera prueba de catéter permanente

Desarrollo y soluciones aportadas.
Reuniones periódicas durante varios meses. Grupo multidisciplinar formado por nefrólogos y personal de enfermería que analizan el proceso y definen la nueva protocolización de los cuidados . Se creó una Hoja de registro del nuevo protocolo y se cuantificaron los resultados obtenidos clasificándolos en óptimos, eficacia media, eficacia nula, considerándose un apartado para los casos no evaluables y que eran eliminados de la investigación.

Resultados obtenidos En las primeras pruebas de catéter tunelizados permanentes suelen darse una serie de problemas durante las primeras 24-48 horas seguidas a la colocación del mismo, especialmente por falta de flujo sanguíneo y/o altas presiones de retorno. Una de las causas más frecuentes , descartando que sea por problemas mecánicos, es la inflamación de los tejidos adyacentes al catéter por lo traumático que resulta su colocación. De todo ello se derivaban unas consecuencias negativas tanto para el paciente como para el funcionamiento del catéter, con la consecuente repetición de alarmas sonoras del monitor y el aumento del nivel de ansiedad del paciente. Como novedad en el procedimiento, colocamos una llave de tres pasos al final de cada rama del catéter y en conexión con el sistema sanguíneo extracorpóreo. En dicha llave colocamos una jeringa de 10cc que nos servirá para aspirar e introducir de nuevo la sangre cuando comiencen los problemas de flujo -existentes en el 90% de los casos - evitando así la reiterada manipulación y desconexión del sistema.

Lecciones aprendidas. Tras las modificaciones incluidas en la nueva protocolización, durante un año, podemos decir que hemos evitado la situación estresante que sufría el paciente, además de optimizar la eficacia de los cuidados y disminuir el riesgo de infección y coagulación del sistema, mejorando así la calidad asistencial proporcionada.

C-854

REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CELIACO.

VÁZQUEZ ALFEREZ, MC; VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JI; RAMOS MARTOS, MJ Y TORRES DOMÍNGUEZ, A.
HOSPITAL LA MERCED. OSUNA

Palabras Clave: Enfermedad Celiaca, Calidad Asistencial, Calidad de vida.

RESUMEN

Contexto de partida.
Desarrollado en el Hospital de la Merced (AGS de Osuna), por un equipo multidisciplinar.

Descripción del problema/necesidades.
La Enfermedad Celiaca es un proceso de naturaleza autoinmune, ocasionado por una intolerancia permanente al gluten.
Una vez realizado el diagnóstico, el único soporte terapéutico que se ofrece al paciente, es la instauración de una dieta exenta de gluten realizada de forma estricta y durante toda la vida.
La inadaptación al nuevo status por parte del paciente y las carencias en el cumplimiento de la dieta, acarreaban efectos adversos tales como no lograr su normalización clínica y aparición de complicaciones.

Desarrollo y soluciones aportadas.
Plan estratégico de información, orientación y sensibilización dirigida tanto a pacientes y familiares, como a nivel social
Objetivos:
1.Enumerar las necesidades generadas por el diagnóstico y el tratamiento.
2.Detectar las carencias percibidas.
3.Desarrollo de Jornadas divulgativas
4.Implementación de un proceso educativo dirigido a pacientes y familares)
5.Evaluar resultados
Inicio en el 2000, con la primera Jornada. Posteriores jornadas divulgativas los años 2001- 2004 – 2006 – 2007. En 2008 se han desarrollado durante una semANA actos específicos para cada uno de los sectores (taller para educación, taller para restauración, jornada científica, convivencia con los propios afectados) El proceso educativo desde la Unidad de Educación Terapéutica se inicia en 2002.

Resultados obtenidos.
La participación en las Jornadas ha sido numerosa desde el principio, y se ha incrementado a lo largo de las distintas ediciones.
1.En cuanto al diagnóstico:
a.Aumento de casos en el Área.
b.Optimización en lo que se refiere a la precocidad.
c.Mayor amplitud de espectro en cuanto a la edad (niños, adolescentes, adultos) y forma de presentación (típica o atípica)
2.En cuanto al tratamiento
a.Se ha elaborado un plan de educación para el asesoramiento dietético en base a las necesidades detectadas.
b.Se ha establecido un proceso asistencial que deriva a los pacientes diagnosticados a la unidad de educación terapéutica.

Lecciones aprendidas.
Este proyecto, por su largo recorrido, se ha ido modificando y adaptado en base a las necesidades.
El proceso educativo se ha ido afianzando y evolucionando. Se está llevando a cabo aprendizaje individual y grupal. Los pacientes declaran que a través del proceso educativo han mejorado su calidad de vida. Se ha agilizado el diagnostico..
Se ha logrado sensibilizar e implicar a los profesionales del sector hostelero y educativo.

C-855

EVALUACION DE LA IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN LA E.P.HOSPITAL COSTA DEL SOL

MONTENEGRO ACERO, E.; VERGARA ROMERO, M.; VIVÓ BLASCO, A.; REDONDO PULIDO ,S.; TOSCANO ,R Y PÉREZ TRUEBA, E.
HOSPITAL COSTA DEL SOL

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
El trabajo se realizó en el Bloque Quirúrgico de la E.P. Hospital Costa del Sol. Están implicados los facultativos de cada servicio quirúrgico, Anestesiología, todas las enfermeras, los supervisores, la unidad de calidad y las direcciones médica y enfermera.
Descripción del problema/necesidades.
El objetivo ha sido implantar y adaptar el listado de verificación (checklist) de seguridad quirúrgica promovido por la OMS y Joint Commission Internacional para mejorar la seguridad en el ámbito quirúrgico. Además se pretendía establecer un registro permanente en la historia clínica electrónica que fuera explotable por paciente, procedimiento, tipo de cirugía y profesionales intervinientes. Se partía de una situación basal sin datos ni sistema de recogida enfocado a la recogida de incidentes. La implantación del checklist puso de manifiesto los problemas existentes.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se planteó a la dirección, a los jefes de servicio y responsables del bloque quirúrgico la implantación del checklist de seguridad en base a la bibliografía. Se realizaron sesiones informativas a los implicados apoyadas con videos demostrativos, bibliografía con la evidencia de su efectividad y el método óptimo de aplicación. Se pilotó durante un mes en dos quirófanos distintos y se tuvieron sesiones de seguimiento semanales con los profesionales de base para analizar las incidencias y dificultades. Se designaron responsables por cada servicio. La implantación posterior se llevó a cabo a todos los quirófanos excepto los ambulatorios.
Resultados obtenidos.
Se evaluaron los 644 registros generados en Abril 09. De las tres fases del checklist se recogieron 69 incidencias relacionadas con averías o deterioro del equipamiento, material estéril, marcado del sitio quirúrgico, imágenes esenciales, profilaxis quirúrgica, presencia de todo el equipo quirúrgico, consentimientos. Se produjeron retrasos por disponibilidad de sangre y se suspendieron 3 intervenciones. Actualmente el registro se obtiene en papel y se informatiza al final de la intervención.
Lecciones aprendidas.
La aplicación del checklist de seguridad puso de manifiesto problemas organizativos, estructurales y de mantenimiento del bloque quirúrgico, que se han ido mejorando. Todos los profesionales manifestaron la utilidad del checklist si bien hubo actitudes reacias al cambio y de temor a registrar incidentes. La aplicación del checklist de seguridad contribuye a resolver situaciones latentes de riesgo para el paciente a la vez que refleja fielmente el nivel de cultura de seguridad de nuestra organización.

C-856

CONSTRUYENDO LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

FERRÚS L Y ROTLLAN M. CONSORCI SANITARI INTEGRAL

Palabras Clave: Planificación estratégica. Seguridad del Paciente. Cultura de la Seguridad del Paciente.

RESUMEN

Contexto de partida.
El CSI está integrado por diferentes dispositivos asistenciales en diferentes niveles de intervención (hospitales de agudos, hospital sociosanitario, atención primaria, residencias asistidas). Cada uno de los centros desarrolla actividades de seguridad del paciente inconexas. Los profesionales implicados son todos los profesionales del CSI, particularmente desde la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del CSI.
Descripción del problema/necesidades.
En el CSI se hace un seguimiento periódico de indicadores de seguridad del paciente (mortalidad, complicaciones, caídas, infecciones nosocomiales, …). Se han puesto en marcha medidas dirigidas a potenciar la seguridad del paciente (SP) (interacciones de los medicamentos en atención primaria, formación sistemática en RCP, identificación de pacientes, …. con un abordaje fragmentado y heterogéneo entre los diferentes dispositivos asistenciales del CSI. En este contexto, en junio 08, durante las sesiones de planificación estratégica (PE) del periodo 2009-2001, se explicitó el objetivo de Seguridad del Paciente dentro de la línea “Excelencia clínica y operativa”.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se crea la UFSP y la figura de responsable corporativa de SP y se presenta un plan de trabajo para los próximos tres años: Divulgar los conceptos de SP, Habilitar una base de datos documental sobre SP. Encuesta sobre cultura de SP en el CSI. Implantar un sistema de notificación de efectos adversos, Implantar prácticas seguras. Por otra parte se han analizado las líneas estratégicas y los objetivos del próximo trienio a la luz del sistema Lean Healthcare.
Resultados obtenidos.
A fecha de hoy se ha puesto al alcance de todos los profesionales la base documental, se ha formado en temas de seguridad del paciente al 60% del total previsto para el 2009. Se están cumpliendo las etapas del plan de trabajo sobre el sistema de notificación de efectos adversos y prevé disponer del sistema activo en octubre. Se ha hecho la encuesta entre los profesionales sobre la cultura de seguridad del paciente en base al cuestionario de la AHRQ (resultados en septiembre). Se han priorizado los objetivos de la PE en base al sistema Lean, la SP ha surgido como uno de los ejes clave para alcanzar nuestra visión y se han aprobado 6 proyectos Lean relacionados con SP.
Lecciones aprendidas.
La formación realizada ha permitido apreciar que los profesionales están muy interesados en “el discurso” de la SP y en el enfoque sistémico del tema. Se prevé definir con mayor precisión toda la estructura de seguridad del paciente (la responsable corporativa, las comisiones clínicas, los núcleos por centro, la UFSP) y sus funciones, para que sea más efectiva de cara a la implantación de practicas seguras.

C-857

ANÁLISIS DEL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS A ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS POR MEDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

FERNÁNDEZ URRUSUNO, R.; MUÑOZ CORTE R; MULA SUÁREZ F.; PÉREZ PÉREZ, P.; CRUCES JIMÉNEZ, JM Y MONTERO BALOSA, MC..

Palabras Clave: Atención Primaria, prescripción farmacéutica, residencias de ancianos, AMFE.

RESUMEN

Contexto de partida.
El análisis se realizó en un Distrito de Atención Primaria de Andalucía, implicando a dos farmacéuticas de Atención Primaria, una farmacéutica hospitalaria, una farmacéutica con experiencia en la interfaz Atención Primaria/residencias, un enfermero y un médico de Atención Primaria
Descripción del problema/necesidades.
La prescripción de medicamentos a ancianos institucionalizados constituye un proceso de riesgo . No implica solamente a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) de nuestro Sistema Sanitario Público sino también a otros profesionales, sanitarios o no, que trabajan en las residencias dándose situaciones muy heterogéneas según los tipos de residencias. Se realizó un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) que facilita la priorización de fallos, causas y efectos para establecer las acciones dirigidas a mejorar la seguridad de estos pacientes. Objetivo:analizar y establecer acciones de mejora en el procedimiento de prescripción de medicamentos a ancianos institucionalizados.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se creó un grupo de trabajo con profesionales implicados con el proceso, para aplicar el AMFE. Tras la realización del diagrama del proceso, se identificaron y evaluaron los fallos (reales o potenciales) mediante una tormenta de ideas, se determinaron las causas y efectos, se priorizaron según el índice de prioridad de riesgo (IPR) y se definieron medidas para mejorar el proceso.
Resultados obtenidos.
Se detectaron 7 modos de fallo. Los fallos que alcanzaron mayor puntuación en el IPR fueron la prescripción de fármacos erróneos, la prescripción de posología incorrecta y la ausencia de prescripción necesaria. Las principales causas fueron la necesidad de tomar decisiones urgentes sin apoyo informático y la falta de coordinación entre profesionales, por lo que se señalaron como acciones de mejora prioritarias, el apoyo informático para la prescripción en las residencias, el establecimiento de protocolos de coordinación entre profesionales o actividades formativas conjuntas.
Lecciones aprendidas.
El desarrollo de la metodología AMFE ha permitido identificar posibles errores/fallos en la prescripción de medicamentos a ancianos institucionalizados. Mensaje para la práctica: Se requiere la implementación de las acciones de mejora señaladas para minimizar la ocurrencia de dichos fallos y se debe fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.

C-858

EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DEL CHECK-LIST DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA

*VALLVERDU CARTIE H; GARCÍA L; RECHER K; GARCÍA NUNO L; RIBERA M, NAVARRO LA Y JUAN A.

Palabras Clave: Cirugía segura, Lista de verificación, implantación.

RESUMEN

Contexto de partida.
Hospital en proceso de expansión y en espera de hospital nuevo el próximo año. Comité de seguridad del paciente con trabajo activo desde hace años. Interés en seguridad del paciente con protocolos o conductas de seguridad del paciente en los pacientes quirúrgicos no unificados.
Descripción del problema/necesidades.
Se pretende dar una visión global de la seguridad del paciente a lo largo de todo el procedimiento quirúrgico implicando a todos los profesionales que participan en el proceso y al propio paciente en la seguridad de la cirugía. Previamente se había realizado un estudio de recogida de incidentes en quirófano siguiendo la guía de la NHS que pone de manifiesto áreas de mejora en la identificación del paciente y en la localización del sitio quirúrgico. El objetivo es evitar la cirugía del lugar erróneo e implantar un listado de verificación de cirugía segura adaptado del original de la OMS.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Se elaboró un proyecto y cronograma de cirugía segura que obtuvo la aprobación y apoyo de los cargos directivos del hospital. Se puso en marcha grupo de trabajo multidisciplinar (cirujanos diferentes especialidades, enfermería) para analizar la realidad del hospital y adaptar la lista de cirugía segura de la OMS. Revisión del proyecto y formación de los profesionales con la difusión de los estándares consensuados por el grupo de trabajo a los problemas detectados: marcaje de paciente, identificación, etc. En el desarrollo del proyecto, el hospital se adhiere al proyecto de cirugía segura del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.
Resultados obtenidos.
Hemos aplicado el listado de verificación consensuado. L a participación ha sido más fácil de lo previsto por la calidad de nuestros profesionales y por la trayectoria de seguridad del hospital. El principal problema ha sido el marcaje de pacientes de traumatología y se ha corregido con soluciones de consenso. Estamos realizando auditorías semanales para ajuste de dificultades.
Lecciones aprendidas.
1 La aplicación de medidas de seguridad del paciente se consigue con constancia y firmeza 2 Algunos profesionales son reacios a la introducción de cambios de rutina, pero la mayoría está motivada en la mejora de la seguridad del paciente 3 La participación abierta i el feedback continuo es imprescindible Mensaje práctico: Los profesionales no quieren perder tiempo en listas que consideran inútiles y que consumen tiempo y energía. El personal sanitario se esfuerza y es juicioso con su trabajo el proyecto ha de ser para mejorar lo que ya hacen bien, evitar errores y además dejarlo registrado.

C-859

BOTIQUINES DE FARMACIA EN URGENCIAS: TRABAJAR DE FORMA SEGURA.

ARANZABAL CONDE, M. A.; ARANGUREN REDONDO, M. A.; PRECIADO BARAHONA, M. J.; RUIZ DE LARRAMENDI FERNÁNDEZ, M. T.; BIURRUN GUINDA, M. J. Y CALZADA GONZÁLEZ, L..

Palabras Clave: Botiquines, Farmacia, Urgencias.

RESUMEN

Contexto de partida.
La administración de medicación es clave en el proceso de atención urgente. La fase inicial de este proceso comienza por la descripción de los medicamentos necesarios en urgencias y su almacenamiento.
Descripción del problema/necesidades.
Aumentar la seguridad en el almacenamiento de medicamentos así como promover el registro de incidencias entre el personal, como medida de mejora continua.
Desarrollo y soluciones aportadas.
Mediante la ayuda de un farmacéutico clínico se describen las características adecuadas de cada depósito; contenido, accesibilidad al depósito, frecuencia de reposición, perfil del personal que realiza la reposición, así como condiciones de almacenamiento.
Resultados obtenidos.
Se han disminuido el número de medicamentos, se han creado herramientas para realizar la reposición así como impartido sesiones informativas para el personal. Se ha diseñado un sencillo identificador de colores que permite visualmente identificar; similitudes, impacto del medicamento, fotosensibilidad y exclusividad en suero glucosado al 5%.
Lecciones aprendidas.
-Implantar un proceso para aumentar la seguridad del almacenamiento de medicamentos es una buena herramienta para disminuir los errores de medicación.
- Utilizar una herramienta para la reposición de medicamentos en un depósito, es un medio agradecido y seguro para todo el servicio de urgencias.

C-860

IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA: UNA GARANTÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

BARROSO GUTIÉRREZ, C. *; DEL NOZAL NALDA,M.; NAVARRETE DE CÁRCER, E.; CASIELLES GARCÍA, J.L. Y RODRÍGUEZ PAÑOS, T..

Palabras Clave:

RESUMEN

Contexto de partida.
Lugar: En el Área Hospitalaria Virgen Macarena, a lo largo del circuito quirúrgico: Unidad de ingreso del paciente, quirófanos, URP/Sala de Despertar y UCI Profesionales: Cirujanos, Anestesiólogos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras de información periquirúrgica
Descripción del problema/necesidades.
La relativa frecuencia con que se producen errores y consecuencias problema/ adversas derivadas de los procesos y técnicas quirúrgicas-asistenciales necesidades empleadas en todo el circuito quirúrgico (fuente: OMS), ha generado la
puesta en marcha de diferentes líneas de trabajo, dirigidas mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente en el circuito quirúrgico se refiere. Entre estas medidas destaca la implantación de un Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica
Desarrollo y soluciones aportadas.
.Formación de panel de expertos multidisciplinar, con representación de Cirujanos, Anestesiólogos, Enfermeros y de las Direcciones Médica y Enfermera, que realizaron: -Diagnóstico de la situación actual -Análisis bibliográfico -Planteamiento de propuestas, que tras alcanzar un consenso, se materializaron en la elaboración del registro y en el documento de implantación y cumplimentación del mismo basados, entre otros, en los 10 objetivos de la OMS para una Cirugía Segura
.Pilotaje del registro: -Formación previa de los profesionales implicados -Análisis de las incidencias originadas y de las sugerencias aportadas -Modificación de los documentos pilotados, si procede
.Difusión y formación de los profesionales implicados
.Seguimiento que muestre el grado de fidelización y adherencia al Listado: Auditorias y análisis de los resultados obtenidos
Resultados obtenidos.
Tras el pilotaje del registro (Participación de un 98% de los profesionales; Alto grado de aceptación tanto de la medida como del registro; Sugerencias y aportaciones constructivas y enriquecedoras) el proyecto se encuentra en la fase de difusión y formación de los profesionales implicados
Lecciones aprendidas.
La elaboración del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica ha sido un paso importante hacia la promoción de la Seguridad Quirúrgica como un tema directamente relacionado con la Calidad Asistencial. Una eficaz estrategia de implantación así como un seguimiento que nos muestre el grado de fidelización y adherencia del registro por parte de los profesionales, son acciones decisivas para lograr el objetivo marcado

C-861

SANITAS: PLAN ESTRATÉGICO PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES. DESPUÉS DE UN AÑO DE TRABAJO.

ANA ISABEL FERNÁNDEZ CASTELLÓ; ROSARIO TRINIDAD TRINIDAD; MIGUEL ÁNGEL JULVE GARCÍA; MARÍA DE LAS NIEVES MUÑOZ DE LA NAVA CHACÓN; MARÍA LUZ PAGONESSA DAMONTE Y IGNACIO CARLOS SAGARDOY VALERA. SANITAS S.A. DE SEGUROS

Palabras Clave: SEGURIDAD CLÍNICA, SGURIDAD EN QUIRÓFANO, SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS.

RESUMEN

Contexto de partida.

El trabajo se realizó en el grupo Sanitas. Los implicados son la Dirección Ejecutiva Médica e Información, Calidad y Seguridad Clínica de Sanitas S.A. Seguros, Direcciones Médicas, Direcciones de Enfermería y Calidad de de Sanitas S.A. de Hospitales.

Descripción del problema/necesidades.

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.

Desarrollo y soluciones aportadas.

El grupo Sanitas crea un Comité de Seguridad Clínica desarrollando un Plan Estratégico para la Seguridad de Pacientes, que es presentado al Comité de Dirección y aprobado por este. Este plan se difunde a través de las Direcciones Médica, Direcciones de Enfermería y comisión de calidad de los hospitales y mediante seminarios de formación al personal sanitario. De los objetivos del Plan Estratégico, se definen tres como prioritarios para el año 2009: -Seguridad en quirófano, implantación del Listado de verificación de la Seguridad en quirófano recomendado por la OMS. -Seguridad del medicamento, realización del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales del Institute for Safe Medication Practices – España. -Participación del paciente, Instrucciones previas.Se organizan grupos de trabajo multidisciplinar para llevar a cabo estas tres líneas, en los cuales participan los miembros del comité de Seguridad Clínica junto a jefes de servicios clínicos, jefes de servicio de farmacia, supervisores de enfermería, oncología en función de la línea de trabajo.

Resultados obtenidos.

Se implanta el listado de verificación de la seguridad en quirófano en los hospitales. Se realiza una medición de la implantación a los dos meses, valorando la acogida por parte del personal implicado, problemas detectados y la calidad en la cumplimentación. Se realiza el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales, que nos permite valorar cuál es la situación basal del hospital, identificar puntos de riesgos y oportunidades de mejora y orientar y planificar las prácticas que conviene implantar para avanzar en la prevención de errores de medicación. En cuanto a la implantación de medidas para el cumplimiento de la legislación vigente en materia de instrucciones previas, estamos trabajando en procedimientos basados en el acceso y mantenimiento al registro y en la forma de proceder de los hospitales en caso de paciente con documento de instrucciones previas.

Lecciones aprendidas.

La implicación y el apoyo por parte de las Direcciones Médicas, Direcciones de Enfermería y profesionales sanitarios es fundamental para la implantación de medidas que mejoren la calidad asistencial.En los hospitales, en mayor o menor medida, se ponen en marcha constantemente medidas para la mejora de la calidad gracias al esfuerzo realizado por los profesionales sanitarios, la función del Comité de Seguridad Clínica del grupo Sanitas es definir, implementar, coordinar, normalizar y llevar a cabo un seguimiento de estas medidas en sus hospitales.

ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN HOSPITALES Y ATENCIÓN PRIMARIA

E-102

EXPERIENCIA “HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA Y ÁREA”

El “Hospital Universitario Virgen Macarena y su Área” es un hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) de tipo I que atiende a una población de de 547.462 habitantes dando cobertura asistencial a la zona norte de Sevilla. Los recursos estructurales disponibles son el “Hospital Virgen Macarena”, el “Hospital de San Lázaro”; así como los Centros de Especialidades Esperanza Macarena y San Jerónimo, el Centro Periférico de Diálisis y las Unidades de Salud Mental.

La Dirección del Hospital Universitario y su Área ha realizado una importante apuesta orientada a garantizar la calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos y a promover la mejora continua de la organización. Hace cuatro años se incorporó al organigrama de la Dirección, una Subdirección Médica de Calidad dependiente directamente de la Dirección Gerencia y cuya misión, en coordinación con el resto de miembros del Equipo Directivo es velar por la implantación de las políticas de calidad definidas por la Consejería de Salud de Andalucía.

La actividad desarrollada en diferentes ámbitos de la gestión del centro se plasmó hace dos años en un Plan de Calidad propio cuyo objetivo final es avanzar en la consolidación del cambio cultural que favorezca la implicación de los Directivos en la gestión de la calidad e implique a todos los trabajadores, ya que sólo a través de la asunción de responsabilidades compartidas se puede avanzar en el nivel de calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos.

Durante estos últimos años se ha trabajado en la definición de la visión del Hospital Universitario y su Área así como en la elaboración del mapa estratégico que incluye la definición de 22 proyectos enmarcados en las siguientes áreas estratégicas: usuarios; procesos internos; aprendizaje y desarrollo y ámbito económico-financiero.

Siguiendo las directrices reflejadas en el II Plan de Calidad se ha asumido como herramienta de trabajo el Modelo de Acreditación desarrollado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y en este sentido destacamos las actuaciones desarrolladas en los siguientes ámbitos:

- **Ciudadano**, centro del Sistema Sanitario. Fomentar la confortabilidad y la participación de los usuarios a través de comisiones de participación ciudadana, analizar las reclamaciones y las encuestas de satisfacción como herramienta de información para la mejora y garantizar una información adecuada y de calidad sobre el proceso asistencial.
- **Organización de la actividad centrada en el paciente.** Promover la gestión por procesos, el abordaje multidisciplinar de los procesos asistenciales en patología oncológica, la seguridad en la asistencia sanitaria y la gestión clínica como herramienta indiscutible de colaboración multidisciplinar orientada a la consecución de objetivos. En la actualidad existen 21 Unidades de Gestión Clínica activas, 3 acreditadas por la Agencia y 5 en proceso de acreditación.
- **Profesionales.** Impulsar una docencia de calidad pregrado y postgrado. En este sentido destacar la reciente reacreditación docente del hospital concedida para los próximos cuatro años. Promover la participación de los profesionales en la mejora continua de la calidad a través de su participación en Comisiones Clínicas y otras no asistenciales. En la actualidad consideramos consolidado el Plan Funcional que gestiona el trabajo de 13 comisiones y que contempla la definición anual de objetivos, la evaluación bianual del cumplimiento y el plan de comunicación como aspectos más destacados. Fomentar el desarrollo de nuevas líneas de investigación así como otras ya consolidadas, la mejora científico técnica de nuestros profesionales y la promoción a cargos intermedios como una herramienta de motivación y de corresponsabilidad. Disponemos de referentes de calidad facultativos y de enfermería que contribuyen a difundir las estrategias orientadas a la mejora continua.
- **Estructura.** Garantizar una reforma paulatina y constante de las estructuras orientándolas a mejorar la confortabilidad, la seguridad y la intimidad de los ciudadanos así como a una mejor adecuación de las instalaciones para el desarrollo de la actividad asistencial de nuestros profesionales. En este sentido resaltar que disponemos de un plan de seguridad de cada uno de los servicios asistenciales que ha permitido elaborar un mapa de riesgos personalizado así como definir y evaluar indicadores. Durante este año se ha obtenido el Distintivo Manos Seguras que otorga la Agencia de Calidad, se ha elaborado e implantado el listado de verificación quirúrgica y se ha obtenido la acreditación medioambiental (ISO 14.000). Por último y como objetivo vinculado a las comisiones asistenciales y a grupos de trabajo constituidos a tal efecto se esta realizando un proceso continuo de elaboración, actualización y evaluación de protocolos y procedimientos.
- **Resultados.** Promover la gestión eficiente de los recursos a través de la definición de objetivos acordes con las líneas estratégicas de la organización, estimulando la definición y evaluación de indicadores que nos permitan establecer planes de mejora y realizando análisis comparativos con la información disponible que nos permita saber donde estamos y en que líneas debemos mejorar.

A la vista de lo expuesto consideramos consolidadas varias de las estrategias implantadas: gestión de comisiones y grupos de trabajo, sistemática de trabajo para afrontar los procesos de acreditación con éxito, progresiva implicación de los profesionales, compromiso de la Dirección, etc. Sin embargo no debemos “bajar la guardia” y por mucho que estén consolidados debemos mantener la alerta ante posibles desviaciones.

Por último consideramos líneas de trabajo futuro sistematizar el procedimiento para verificar la adherencia de los profesionales a las estrategias y protocolos implantados, continuar con la implantación de tácticas que motiven a los profesionales a seguir trabajando en la mejora de la calidad, establecer una adecuado seguimiento y cumplimiento de los acuerdos adoptados así como mejorar aún más los cauces de comunicación que permitan incrementar la transparencia y la corresponsabilización de todos en la mejora continua.

Consideramos todas estas líneas de trabajo como componentes de una carrera de fondo en la que el progreso no se consigue de forma inmediata. Sólo conseguiremos avanzar, identificando como hasta ahora líneas de trabajo uniformes y consensuadas en las que el compromiso de la Dirección continúe siendo una realidad.

E-103

EL HOSPITAL DE CRUCES. UNA HISTORIA "DE CALIDAD".

El Hospital de Cruces es un hospital público universitario perteneciente a Osakidetza, cuya Misión es la prestación de servicios altamente especializados /de referencia a los ciudadanos de la CAPV y Comunidades limítrofes. También presta asistencia pública especializada a los ciudadanos de las comarcas Uribe y Enkarterri-Ezkerraldea.

Para ello orientamos nuestra actividad a la mejora del nivel de salud de la población de referencia y la satisfacción de nuestros usuarios, personas y resto de grupos de interés, aplicando un sistema de gestión que busca la mejora continua desde la perspectiva de responsabilidad social.

Los comienzos: el Plan Integral de Calidad

En septiembre de 1992, el Plan Integral de Calidad (PIC) se constituyó como el primer intento de orientar hacia la mejora de la calidad las actividades que se realizaban en el Hospital.

El PIC recogía aspectos como la Infección Nosocomial, las Úlceras por Presión y la Satisfacción del Paciente como principales áreas a abordar y en donde se debían introducir herramientas para mejorar la calidad asistencial.

Principales logros:

- 1990. Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial
- 1994. Se publica el Manual de Normas para el Control de la Infección Nosocomial.
- Encuestas de Satisfacción de pacientes hospitalizados
- Protocolos de Cuidados de Enfermería informatizados (Zaineri)
- Proyectos de Investigación en Calidad (Kaliker)

El entusiasmo por incorporar conceptos novedosos y una orientación diferente al hacer aglutinó en aquella época a un grupo de profesionales de primera fila, de distintas especialidades, que buscaban orientar la actividad no sólo a hacer, sino a hacer mejor.

En esta primera época se creó la Subdirección de Calidad en la Organización Central de Osakidetza y las Unidades de Calidad en los Hospitales, con el objetivo de desarrollar las ideas y objetivos del PIC.

Los proyectos se realizaron con profundidad y esmero, por lo que han dejado huella en la organización y de entonces quedan las evaluaciones de infección nosocomial, buscando implantar las mejores prácticas, el desarrollo del "proyecto enfermero", con la evaluación periódica en las unidades de enfermería de las mejores prácticas de cuidados y objetivos anuales; y las encuestas de satisfacción, que se realizan a pacientes que han sido ingresados en hospitalización, pediatría y psiquiatría, que han acudido a urgencias o consultas, o que han utilizado las modalidades asistenciales de Cirugía Mayor Ambulatoria u Hospitalización a domicilio.

Otro aspecto importante de esta época fue la reestructuración arquitectónica –en hospitalización disminuyeron las camas, en urgencias y consultas- y del modelo asistencial (se introdujeron las alternativas a la hospitalización, como la cirugía ambulatoria y hospitalización a domicilio)

Segunda etapa: el Contrato-Programa y el Modelo EFQM

El CONTRATO-PROGRAMA

En el año 1996, y para dar un empuje a las actividades de calidad, el Departamento de Sanidad incorporó un Anexo en el documento contractual que se establecía con cada una de las organizaciones sanitarias de Osakidetza.

En este documento se establecieron criterios de calidad a desarrollar por el Hospital y llevaba asociado un riesgo económico de incumplimiento, de manera que, sobre un total X de €, la no consecución de los objetivos pactados penalizaba, y el hospital dejada sin financiación una serie de actividades.

En este anexo se han incluido:

- Tiempos de espera de pacientes
- Gestión de la medicación
- Proyectos de Mejora de procesos asistenciales

La ventaja principal de este instrumento de gestión radicaba en la sensibilización de la Dirección del Hospital para cumplir criterios de calidad asistencial a través de una mejora en la financiación.

El lento desarrollo se debe principalmente a tres elementos:

- Por un lado, la financiación total del Hospital a través de esta herramienta es de apenas un 1%
- La miscelánea de apartados que se incluyen en este anexo (euskera, …).
- La dificultad de incorporar a los responsables de los servicios y de las unidades en los objetivos que se recogen.

Un elemento facilitador en este anexo es la incorporación de los profesionales clínicos en la identificación de objetivos e indicadores de calidad para el ejercicio.

El MODELO DE EXCELENCIA de la E.F.Q.M.

En el año 1995, Osakidetza adoptó el Modelo EFQM de Excelencia, y al año siguiente, el Gobierno Vasco crea Euskalit –Fundación Vasca para el Desarrollo de la Excelencia- con el fin de aumentar la competitividad de las organizaciones del País Vasco mediante la introducción de herramientas de calidad que ya habían obtenido éxitos en otros países, los llamados Modelos de Excelencia. Estos modelos introducen criterios de buenas prácticas de gestión y se incorporó en el Hospital como una herramienta que vinculaba la orientación de la gestión de las distintas direcciones que se iban incorporando en el Hospital.

La orientación al cliente, el desarrollo de las personas, la responsabilidad social, el liderazgo,…, son conceptos que trajo el Modelo y que se han ido incorporando en el Hospital.

Principales logros:

- 1997. I Plan Estratégico del Hospital
- 2002. Se realiza la 1ª Encuesta a las personas
- 2006. Se realiza una Evaluación externa (Contraste)

Hemos logrado, en 2008, 400 puntos –Q plata- en el desarrollo de este Modelo y pretendemos ir avanzando en la incorporación de las buenas prácticas que él indica durante los próximos años.

Los próximos años: la Calidad en la Gestión y la Calidad en el Servicio

E-104

EL HOSPITAL DE CRUCES. UNA HISTORIA “DE CALIDAD”.

El Morales Meseguer es un Hospital General Universitario inaugurado hace 15 años., perteneciente al Servicio Murciano de Salud. Está situado en el centro de la ciudad de Murcia y presta atención sanitaria especializada a una población de referencia actual de 245.910 habitantes.

Es un centro dotado con 416 camas, en el que se producen al año unos 15.000 ingresos (con un peso medio de 1,79 y una estancia media de 7,5 días), se realizan cerca de 12.000 intervenciones y se atienden 87000 urgencias y 330.000 visitas en consultas externas. Para ello se cuenta con una dotación de algo más de 2000 profesionales.

Su relación con la Calidad Asistencial ha sido clara desde su apertura. En primer lugar habría que hablar de la importancia que se ha dado desde siempre a la formación en calidad asistencial. Esto unido a la cercanía geográfica y personal del programa EMCA (Universidad de Murcia- Consejería de Sanidad) ha permitido que 321 alumnos de este Hospital acabasen 550 cursos de formación en calidad dentro de este programa. Entre ellos hay que destacar el curso de Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad realizado en 1999, de 60 horas de duración y que finalizaron, realizando un ciclo de mejora por grupos, 110 trabajadores del centro.

Toda esta formación y sus correspondientes trabajos prácticos aplicados al trabajo en el Hospital Morales Meseguer dan origen al segundo aspecto destacado, la participación en congresos de calidad, impulsado y apoyado por cada una de las gerencias que ha tenido el centro. Por señalar cifras de los últimos años, se han presentado en los congresos de la Sociedad Española (SECA) y Sociedad Murciana (SOMUCA) de Calidad Asistencial, las siguientes comunicaciones:

Año	SECA	SOMUCA
2004	19	
2005	35	30
2006	31	
2007	40	35
2008	34	
2009	28	26

No sólo es de destacar la cantidad de comunicaciones, sino su calidad, como la atestiguan los premios a la mejor comunicación oral en los últimos tres congresos regionales, y en el año 2006 y 2007, este por un trabajo multicéntrico, en los nacionales.
Siguiendo con los premios, señalar que al Hospital se la han concedido 6 TOP20 (dos TOP20 más a servicios del mismo) y 2 premios Barea.

Respecto al modelo de calidad, en el año 2004 se diseñó el primer mapa de procesos nivel 0, realizándose la primera autoevaluación EFQM en 2005 (Eval express). Desde el 2007 está incluido en el proyecto regional para implantación del modelo EFQM, habiendo obtenido el sello de 200 y estando preparando el de 300, siguiendo el plan regional.

Como otras estrategias desarrolladas, señalar su participación desde su fundación en el 2005 en la red de benchmarking RED7, junto a otros 6 centros de diferentes comunidades autónomas, y su apuesta por la seguridad del paciente, que avalan sus 7 becas del Ministerio de Sanidad concedidas y activas, su liderazgo en la implantación del check list quirúrgico a nivel regional, su participación en el estudio nacional sobre eventos adversos en urgencias, en el proyecto SENECA de cuidados de enfermería, en el proyecto bacteriemia 0 en catéteres de UCI, en el uso seguro del medicamento o en la implantación de unidades de control de la infección nosocomial regional.

E-105

EXPERIENCIAS DESDE TRAYECTORIA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

MARIA TERESA VILLA GAZULLA, JUAN RAMÓN GARCÍA MATA, MARIA LUISA VELA MARQUINA, LIRIA JIMÉNEZ BEA, JULIO COCA MORENO.

El Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) en el momento actual integrado con la atención primaria en el Sector Sanitario 2 de Zaragoza es el mayor hospital de la Comunidad Autónoma de Aragón con una población atendida de 405154 habitantes, una plantilla de 6000 personas, mas de 47000 altas y cerca de 1 millón de consultas.

La trayectoria de la Unidad de Calidad (UCA) comienza en el año 1988, muy poco después de la aparición de la normativa sobre Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud; aparece en nuestro centro por primera vez la figura de un coordinador de calidad, a quien acompaña en el trabajo una supervisora de enfermería y personal administrativo, diseñándose el primer programa de calidad con énfasis en dos pilares: organización y apoyo a las Comisiones Clínicas y un ambicioso programa de formación en calidad.

De este periodo podrían destacarse dos hechos: la introducción de la cultura de evaluación de la calidad y el asentamiento de la figura de la UCA en el hospital. Culminaría con la organización desde la misma en Zaragoza del Congreso de Calidad Asistencial en 1992.

Con la creación de la figura Coordinador del Programa de Calidad por el INSALUD en 1997, se produjo el pleno reconocimiento institucional de la figura preexistente y la homogenización de un programa corporativo del territorio gestionado por el INSALUD. La adaptación al programa fue sumamente fácil ya que muchas de sus líneas se venían llevando y estaban consolidadas en el HUMS, el benchmarking que proporcionó un programa común en centros semejantes a nivel del Estado ayudó en la progresión hacia la mejora.

Las transferencias sanitarias en el año 2000, resituaron la óptica del programa institucional asumiendo el liderazgo el Servicio Aragonés de la Salud (SALUD) y su Unidad Central de Calidad.

El modelo de gestión de calidad adoptado por la Comunidad Autónoma ha sido el EFQM del que en el Hospital/Sector se han realizado 6 evaluaciones.

Se combina con Certificaciones ISO 9001(la primera fue esterilización, se está trabajando en 10 de ellas), acreditación ISO 15189 (han sido acreditados los laboratorios clínicos), y estándares seleccionados Joint Commission.

Se dispone de 19 proyectos de mejora institucionales alineados en los criterios EFQM y liderados por todo el equipo directivo. Existe un plan de calidad (plan sectorial de carácter bienal) alineado con el plan estratégico que orienta todas las actividades de gestión de calidad

El Contrato de Gestión de Servicios y Unidades se utiliza como instrumento para los pactos en la mejora. Se gestiona la productividad variable valorando el trabajo y cumplimento de objetivos de calidad.

Como grupos de calidad actúan las 17 Comisiones Clínicas establecidas, los 55 grupos de calidad de Servicio/Unidad (un 71% de los Servicios del HUMS), 69 equipos de proyecto de mejora financiados por SALUD (39.000 €/año), 12 procesos institucionalizados, todo ello con líderes intermedios: presidentes de comisiones, responsables de calidad, responsables de proyectos, gestores de proceso, responsables calidad ISO, etc. lo que configura una masa crítica apreciable y un entramado impulsor de la calidad.

Como no puede ser de otra manera, el liderazgo directivo y la formación han actuado como factores clave en la consecución de la fotografía actual.

E-106

MODELO DE CALIDAD EN EL HOSPITAL PLATÓ

ÁMBITO DEL CENTRO:

Hospital Plató está situado en el distrito de de Sarriá- Sant Gervasi de Barcelona cubriendo una población de 150.000 personas y actuando de hospital general básico de referencia del distrito. El hospital también da soporte al resto de la ciudad de Barcelona, y a diversas comarcas de Cataluña.

Hospital Plató forma parte de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) de Cataluña, y dispone de servicios de la mayoría de las especialidades médicas y quirúrgicas y una estructura de 161 camas hospitalarias.

Hospital Plató ejerce el papel de hospital general básico en una doble vertiente: 1) mercado sanitario público (92%) y 2) mercado sanitario privado y mutual (8%)

MODELO DE CALIDAD

Durante el año 2002 se elaboró el primer Plan Estratégico (2003- 2006) en el que se definieron la misión, los valores, la visión y las líneas estratégicas así como los objetivos esenciales. En ellos destaca la estrategia hacia las personas (responsabilidad social corporativa) y la Calidad (Plan de calidad), pues no hay plan posible de calidad si no se implica a las personas, y no hay mejora posible en la atención al paciente (objetivo final) sin la colaboración de toda la organización.

Por ello, en la visión, misión y valores del Hospital se pone énfasis en la voluntad de impulsar la mejora continua orientada al paciente y a los profesionales, y diseña un Plan de Calidad basado en el Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

A raíz de este compromiso, los objetivos principales del Plan de Calidad fueron los siguientes:

1- Dirección por objetivos (Planificación, seguimiento y evaluación final de los objetivos)
2- Elaboración y gestión documental (planes, normativas y procedimientos)
3- Planificación y elaboración de indicadores
4- Diseño e implantación de herramientas informáticas para apoyar el sistema de gestión de calidad basado en la mejora continua.
5- Implantación de la gestión basada en procesos
6- Participación e implicación de las personas en el Plan de Calidad

ASPECTOS QUE HEMOS MEJORADO

Respecto a la dirección por objetivos, se ha conseguido la descentralización y delegación del seguimiento y gestión de los objetivos planificados que favorece la implicación del personal en la mejora continua.

Respecto a la elaboración y gestión documental, se ha conseguido la normalización y aceptación de la necesidad de documentar las actuaciones tanto asistenciales como no asistenciales.

Respecto a la planificación y elaboración de indicadores, se ha conseguido la asunción en la responsabilidad de la gestión en todos los niveles.

Respecto a las herramientas creadas para la gestión de la calidad, se ha conseguido la sistematización de su publicación, agilidad de consulta y periodicidad de su actualización.

Respecto a la gestión basada en procesos, se dispone del Mapa de Procesos y de la definición e implantación de los 4 procesos claves y los procesos de soporte al cliente, habiéndose iniciado la implantación de la mejora continua sistemática a partir de la evaluación de los resultados de los procesos, y en los casos en que se considera necesario, la reingeniería de los mismos.

Finalmente, mediante la participación e implicación del personal, se ha conseguido un cambio cultural que se objetiva en las encuestas de clima laboral.

ASPECTOS CONSOLIDADOS

Mediante la aplicación del Modelo EFQM, se ha conseguido que los objetivos esenciales se hayan ido consolidando. Con ello, ha mejorado la implicación de nuestros profesionales y consecuentemente ha mejorado los índices de satisfacción de los pacientes. Ello se puede objetivar tanto en las encuestas de satisfacción al cliente como las de clima laboral

Finalmente, como reconocimiento externo, se ha conseguido superar la acreditación de centros hospitalarios de Cataluña con un 89% de cumplimiento de los estándares esenciales, obtener una puntuación de 400+ en el modelo EFQM y el reconocimiento del premio de la Fundación Avenis Donabedian a la gestión de la calidad en 2005 y 2009.

DESARROLLO FUTURO

En el 2011 finalizará la definición e implantación del resto de procesos, lo cual permitirá la sistematización de forma global de la mejora continua o la reingeniería en su caso, impregnar la cultura de calidad a todos los niveles de la organización e integrarla en el trabajo diario, y favorecer propuestas de innovación tanto incremental como radical. Por ello, en el 2010 se iniciará el Plan de Innovación.

E-107

EXPERIENCIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

AREA 1 DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD AMBITO

El Área 1 ocupa el sureste de la Comunidad de Madrid, atiende a más de 700.000 pacientes, trabajan en el más de 1.500 profesionales y tiene 31 Centros de Salud y varios Consultorios locales

MODELO, HERRAMIENTAS Y DESARROLLO

- El Área ha definido como modelo de excelencia el modelo EFQM, como estrategia de compromiso con los grupos de interés la Responsabilidad Social Corporativa y como modelo-herramienta para la mejora la Gestión por Procesos.
- En el comienzo de la década se implantó en el Área una cultura de calidad nombrando y formando un responsable de calidad en cada Centro de Salud y realizando un plan de mejora cada año en cada Centro de Salud.
- En 2003 se definen la Misión Visión y Valores del Área y se realizó la primera autoevaluación EFQM y la primera encuesta global de calidad de vida laboral. De las áreas de mejora detectadas surgieron líneas de trabajo en Motivación, Procesos, Comunicación…
- A finales de 2004 y en 2005 se inicia el desarrollo de la Gestión por Procesos con el modelado del mapa, la creación de la estructura básica, la formación de un equipo de "consultores internos" y la puesta en gestión de los primeros procesos
- En 2006 se realiza la segunda autoevaluación EFQM. De las áreas de mejora detectadas surgieron líneas de trabajo en Evaluación del Liderazgo, Motivación, Comunicación. Además comenzó el desarrollo de la Responsabilidad Social Corporativa, se consolida el desarrollo de la Gestión por Procesos y se inicia la Gestión de Riesgos
- En 2007 se desarrolla más la RSC: se inicia una memoria RSC, se revisan la Misión, Visión y Valores y se elabora un Código Ético.
- En 2008 se evalúa el desarrollo de la Gestión por Procesos y se generaliza el modelo a todos los Centros de Salud aplicándose a los procesos operativos: la asistencia y la cita. Además se inicia un Plan Estratégico vinculado a un Cuadro de Mando Integral, se realiza una segunda encuesta de Calidad de Vida Laboral en toda la organización así como un plan de mejora de la CVL y se establece una estrategia del estímulo a la notificación en Gestión de Riesgos
- En 2009 se realiza un desarrollo amplio de la RSC: se completa la memoria, se realiza una autoevaluación EFQM en RSC, se está elaborando un mapa de grupos de interés y una estrategia en RSC y se ha elaborado un plan de mejora, se implanta el Código Ético, se pone en gestión el proceso Gestionar Medioambiente y se monitoriza semanalmente la CVL. Además se descentraliza la Gestión de Riesgos a los Centros
-

MEJORAS (ejemplos)

Algunos resultados medibles en RSC son:

- Un 76% de los profesionales valoran positivamente el Código Ético
- Se ha reducido en más de un 20 % el consumo de agua y en más de un 10% el consumo de papel

Algunos resultados medibles en Gestión por Procesos son:

- 121 procesos en gestión con más de 400 propietarios y más de 30 procedimientos diagramados e implantándose
- Se ha incrementado en un 50% la facturación a terceros
- En un CS se redujo a la mitad la presión asistencial presencial y se duplicó el tiempo por consulta clínica
- Se redujo en un 20 % el tiempo de respuesta a reclamaciones

En Gestión de Riesgos se ha pasado de 1 notificación de 2007 a más de 250 en 2009

LECCIONES APRENDIDAS

Han sido elementos favorecedores en el desarrollo de estas estrategias:

- El compromiso de los líderes (tanto del Gerente y su Equipo Directivo como de los Equipos de Coordinación de los Centros),
- La respuesta de los profesionales,
- La dedicación especial de profesionales específicamente formados (formadores-tutores)
- La continuidad y la progresividad del desarrollo de las líneas estratégicas

Las dificultades más importantes que se han encontrado y su abordaje han sido las siguientes:

- Las resistencias iniciales al cambio. El abordaje ha sido progresivo, aprovechando en el inicio, la energía de los profesionales más entusiastas y buscando la difusión de resultados entre el resto, en cuanto los haya
- La falta de formación y apoyo suficiente a los profesionales que se implican, en los momentos de "gran expansión" de un modelo. Aprendiendo de los errores, la estrategia actual es garantizar la formación previa y el apoyo inmediato ("tutorizaciones") antes del despliegue de cualquier estrategia; para ello se están ampliado progresivamente los formadores-tutores
- El miedo y las resistencias al método. Se están elaborando guías simplificando el método y realizando formación muy práctica.
- La dificultad del seguimiento: de realizar las acciones planeadas, de supervisar, de evaluar lo hecho. Se ha incorporado metodológicamente la elaboración de un plan de trabajo como parte de la planificación. Todas las mejoras que se plantean se intentan contextualizar en un proceso y aplicar la metodología de la GxP con lo que se definen indicadores. Se está implantando la evaluación simultanea de todos los procesos en gestión 2 veces al año.
- La lentitud en completar la planificación, en implantar las mejoras, en que tengan impacto y en poder medir éste.
-

DESARROLLOS DE FUTURO

El desarrollo futuro se centra en la consolidación de la GxP y la RSC, en la realización de una tercera autoevaluación EFQM en 2010, en una posible certificación ISO 9000 del departamento de Suministros y en una posible certificación ISO 14000 de la GMA

E-108

GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA. GERENCIA DEL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO

Autores: MIGUEL ESTEBAN TUDELA[A,*]; FRANCISCO FERNÁNDEZ PAEZ[B]; JUAN JOSÉ MARTÍNEZ VILLEGAS[C]; JAVIER CARRASCO RODRIGUEZ[D]: ISABEL RUBIO GÓMEZ[E].

[A]DIRECTOR MÉDICO DE LA GAP DE TOLEDO; [B]DIRECTOR GERENTE DE LA GAP DE TOLEDO; [C]DIRECTOR DE GESTIÓN DE LA GAP DE TOLEDO; [D]DIRECTOR DE ENFERMERÍA DE LA GAP DE TOLEDO; [E]RESPONSABLE DE CALIDAD. OFICINA DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO DE LA GAP DE TOLEDO.

Contexto:

El Área de Atención Primaria de Toledo está integrada por 29 Zonas Básicas de Salud (5 urbanas y 24 rurales), 1.057 profesionales que atienden una población de 419.969 Usuarios.

Desarrollo inicial:

Nuestro compromiso por la Gestión de la Calidad comienza su andadura en 1998, a través de la formación de gran número de profesionales y de un gran liderazgo. Se inician ciclos de mejora multicéntricos y multidisciplinares en problemas priorizados obteniendo buenos resultados. Es en 2002 con las transferencias sanitarias cuando comienzan a desarrollarse los modelos de gestión de la calidad, apostando el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) por el EFQM. En 2008 se crean en todas las Gerencias de AP las Oficinas de Calidad y Atención al Usuario (OCAUS), que están dando un gran impulso a la gestión de la mejora continua.

Punto de partida:

Los objetivos estratégicos tienen en cuenta la misión, visión y valores de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo y el marco en el que se sustentan se puede resumir con los siguientes criterios:

Empowerment: Dotar a los equipos de autonomía ampliando responsabilidades, dirigida a favorecer la autogestión y eficiencia. Participación: Orientar nuestra actividad hacia el servicio de los ciudadanos y la comunidad, fomentando su participación activa como agentes de interés. Coordinación: Garantizar la continuidad asistencial, promoviendo la adecuada coordinación con otros ámbitos de atención asistencial. Evaluación: Disponer de sistemas de evaluación que permitan una incentivación justa de acuerdo a resultados. Información y benchmarking: Obtener la voz de todos los grupos de interés, favoreciendo el intercambio de información y comparación interna para el mejoramiento continuo. Innovación, tecnología y desarrollo: Edificar una estructura de apoyo a la gestión del conocimiento dirigida a todos los grupos profesionales del área y a favorecer la implantación de Modelos de Excelencia.

Acciones desarrolladas:

Autogestión: Implantación en un Centro de salud urbano. Dos Centros de Salud rurales en desarrollo.

Participación ciudadana en la promoción de la salud:

Fomento de la lactancia: Celebración anual de la Semana de la Lactancia con participación en el concurso fotográfico de 153 madres de 9 CCAA con 289 fotos en 2008. 21 Centros de salud con talleres de lactancia.

Intervención educativa en los centros basada en la organización de un concurso de mensajes publicitarios en materia de Alcohol, tabaco y otras drogas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planificados. Coordinado por 253 profesionales sanitarios del área, con la participación de 90 centros y un total de 671 trabajos presentados.

Coordinación interniveles:

Implantado el Seguimiento y cuidados a la mujer embarazada. En desarrollo los procesos de Neurología, Neumología y Geriatría. Implantación de la TAO. Establecimiento del sistema de información para garantizar la atención al usuario tras alta hospitalaria, en un periodo <48 horas. Mejora de procesos comunes con laboratorio.

Evaluación de los Equipos:

Anual. Indicador de eficiencia por Equipos de AP e individual que mide todo lo que se hace, con que calidad y con que recursos. La evaluación de calidad es externa midiendo fundamentalmente indicadores de resultado de patologías crónicas y agudas con criterios explícitos no conocidos de antemano. Medidas de intervención de mejora. Incentivación anual en base a resultados.

Información y benchmarking:

Consejos de Gestión con participación de un equipo por Centro (coordinador médico, responsable de enfermería y jefe de grupo de la unidad de atención al usuario). Encuestas de opinión y clima laboral. Proceso “Gestión de quejas y Reclamaciones”. Medida de la calidad percibida mediante formularios y encuestas de satisfacción.

Innovación, tecnología y desarrollo:

Programa de formación continuada en investigación, acreditado por la Comisión de Formación continuada del S.N.S., que contempla la realización de 7/8 proyectos de investigación anuales, mediante la constitución de Grupos Formales. Apertura de una línea de investigación para administrativos de las unidades de atención al usuario con una participación en 2008 de 14 profesionales para los premios de investigación anuales que se celebran desde 1998 en el área.

Puesta en marcha de procesos de alta resolución en los Equipos de AP: Ecografía, holter, retinografía, tonometría, espirometría, cooximetría.

Desarrollo en la Intranet de herramientas para el conocimiento e intercambio de información, entre ellas: Biblioteca virtual con servicio de alerta documental implantado. Boletín farmacoterapéutico con revisiones de la literatura científica. Avisos y alertas de farmacia.

Primera autoevaluación EFQM, con cinco grandes líneas de mejora iniciadas.

Proyectos de futuro:

Ampliación y consolidación de la autogestión en el 100% de los Centros.

Implantación del Modelo EFQM en la Gerencia y en el área.

Desarrollo y puesta en marcha del Proceso “Gestión de Riesgos” dirigido a garantizar a los usuarios una atención segura.

Plan de confortabilidad y de los pequeños detalles.

Participación en el proyecto Centros de salud-IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). El objetivo de CS-IHAN es proporcionar formación a los profesionales de la salud que trabajan en la comunidad a las madres y familias con un programa eficaz y basado en la evidencia, que facilite la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

E-109

DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA (DSAP) COSTA DEL SOL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. "UN PASEO HACIA LA MEJORA CONTINUA".

M. BAYONA-GARCÍA.

Nuestro ámbito:
El DSAP Costa del Sol atiende a 477.470 habitantes de 11 municipios (451.791 Tarjetas Sanitarias Individuales), más de 4.000 Tarjetas europeas, población inmigrante, y otros residentes. Coexiste la multiculturalidad, el medio rural y urbano, y un incremento poblacional del 25% (2003-2008). Hay 12 Centros de Salud, 12 Consultorios y 6 Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Una plantilla de más de mil profesionales realiza más de 2 millones de Consultas médicas al año y medio millón de urgencias.

Calidad y estrategias de mejora:
El DSAP siempre ha estado vinculado a la calidad. En 1995 organiza el XIII Congreso de la SECA. En este "paseo hacia la mejora continua" hemos focalizado tres pilares estratégicos: infraestructura, procesos y resultados, buscando equilibrios para favorecer y consolidar el desarrollo de los restantes, teniendo en cuenta el PDCA. Se han mejorado infraestructuras ("Plan renove de centros", reorganización de urgencias, implantación del triage (sistema RAC) etc.), actualizado BDU, nuevas herramientas (Historia digital, receta electrónica, conexión web-laboratorios, retinógrafos, espirómetros, monitores, "Cita centralizada", descentralización de pacientes con TAO (TAOnet), etc. Hemos vinculado los Planes de salud a objetivos de resultados en salud y de Contrato Programa, implantando el mapa de procesos, mejorando coordinación interniveles, sistemas de información y registro de indicadores. Los Planes de servicio se han orientado a la Gestión Clínica, de Cuidados y desarrollo de planes Integrales (Obesidad, Diabetes, Tabaquismo, S. Mental, etc.).

¿Cómo lo estamos haciendo?:
Cambio organizativo: las UGC ocupan el primer nivel y los dispositivos de gestión ejercen de apoyo. Se refuerza: Desarrollo Profesional, Sistemas de Información, Suministros (automatización, control de caducidades y pactos de consumo por centro), Formación (1.371 profesionales en 2008). En Gestión Clínica se ha pasado de 5 unidades en 2006 a 18 de 2009 (100%), con compromisos y objetivos de gestión eficiente (Contabilidad analítica y ajuste presupuestario), calidad, alta resolución, accesibilidad, nuevas tecnologías, seguridad, participación ciudadana y acreditación de profesionales y Unidades. Las UGC abordan planes comunes de mejora en: Procesos, Seguridad (Acreditación (MANOS SEGURAS), uso adecuado de medicamentos, protocolos en urgencias, acreditación de UGC y de Profesionales (600% más de solicitudes en 2009) y actuaciones comunitarias de prevención y promoción de la salud. Además desarrollan Planes específicos de cada UGC (objetivos, encuesta de satisfacción, etc.),

¿Qué hemos aprendido?:
En este "paseo hacia la mejora continua", hemos refrendado la importancia de la CALIDAD, CONFIANZA y COMUNICACIÓN. Hemos aprendido que Calidad se escribe con P de Profesionales, y que es un espacio de interés compartido por la mayoría; que la Confianza es aliada para trabajar en equipo y generadora de "calidez" en las relaciones; y que la Comunicación mejora la cohesión, la transparencia y la cercanía. Hemos mejorado en algunos indicadores: prescripción por principio activo, (54% en 2007, 67% en 2008 y 73% en 2009); la accesibilidad, el grado de satisfacción de usuarios, las reclamaciones (31% menos en 2009 respecto a 2007), aunque quedan muchos retos por alcanzar.

Desarrollos futuros:
1) Participación ciudadana en el "nuevo sistema sanitario", donde accesibilidad, decisiones compartidas, educación, promoción y prevención, favorezcan la corresponsabilidad en salud. 2) Profesionales líderes, avalados por la calidad, implicación, compromiso y resultados en salud. 3) Nueva organización, como espacio abierto donde la gestión clínica integre las mejores prácticas, cuidados de calidad y resultados en salud, compartiendo conocimiento, tecnología, herramientas, información y comunicación. 4) Incorporación efectiva y eficiente de nuevas tecnologías, aliadas para mejorar accesibilidad a centros y servicios, la comunicación de calidad entre ciudadanos y profesionales y la resolución de procesos.

E-110

DISTRITO SANITARIO SEVILLA SUR

Ambito:

400.000 habitantes, con ciudades de 135.000 habitantes hasta pueblos con 1000 habitantes

4º Distrito de Andalucía en cuanto a volumen de recursos: 160.000.000 euros/año

En 2005 la situación del Distrito en cuanto a los resultados, tanto económicos, como sobre todo en objetivos de salud le situaban en la zona media baja de Andalucía.

De manera consensuada con los equipos directivos de los entonces 19 centros de salud definimos una estrategia de mejora continua basada en tres principios:

1. Apuesta clara por la calidad de los servicios ofertados, tanto en lo relativo a la cartera de servicios de cada centro, como en lo relativo a la formación interna y la investigación
2. Mejora paulatina de los recursos disponibles en los centros, tanto desde el punto de vista estructural (espacios adecuados y dignos) como la tecnología disponible incluyendo aquí las Tics..
3. Dar protagonismo a los profesionales y capacidad de decisión

El paso previo para implantar cualquier modelo de calidad fue la constitución de los equipos de los centros de salud en unidades de gestión clínica. Desde el año 2008 todos los equipos de ebap (19) así como los equipos móviles de emergencias se organizan en unidades de gestión clínica, con unos resultados que les sitúan en la zona media alta de Andalucía

El **modelo de calidad** implantado es el aseguramiento de cómo hacemos nuestro trabajo mediante la **acreditación por la Acsa** de lo realizado. Aquí se contempla tanto la acreditación de las unidades de gestión clínica (siete hasta este momento), como la acreditación de las actividades de formación (el 100% de las ofertadas desde el año 2008), así como la acreditación de los profesionales sanitarios. En cuanto a la investigación desde el año 2006 profesionales sanitarios del Distrito han conseguido 2 premios nacionales y 2 autonómicos en diferentes congresos y se participa en 15 proyectos de investigación, tanto de ámbito regional como nacional y europeo.

Desde el año 2005 se han invertido 3.180.000 euros en la mejora de la habitabilidad de los centros, incluyendo la personalización de algunos espacios específicos (áreas pediátricas, salas de lactancia, áreas de atención al ciudadano)

Además se ha hecho una apuesta decidida por las Tics y contamos con una intranet interna con uso también de plataforma de e-learning para la realización de los cursos.

Se han dotado a cada centro de una plantilla de apoyo a la continuidad asistencial, que asegura una respuesta rápida ante las eventualidades, por los mismos profesionales que están integrados en cada centro

En cuanto a la apuesta clara por dar mayor protagonismo a los profesionales, se avanza en dos sentidos; uno es la propia organización en unidades de gestión clínica que ya les otorga una mayor autonomía. A esta estrategia deberemos ir añadiendo más valor añadido, para lo cual desde hace un año conformamos un foro de directores de ugc, que desde un punto de vista crítico van planteando a la Dirección Gerencia del Distrito aquellos aspectos de mejora que pueden ser desarrollados cada ciclo presupuestario

Desarrollo futuro:

Aumentar el número de unidades acreditadas (tienen previsto comenzar el proceso tres unidades en este último trimestre del año).

Incrementar el número de profesionales acreditados

Refrendar esta estrategia en la consecución de objetivos en términos de salud en las evaluaciones anuales de las unidades de gestión clínica.

E-111

DATOS IDENTIFICATIVOS
Título de la comunicación:

GESTIÓN CLÍNICA DE LAS UNIDADES DE SALUD FAMILIAR

Autor/es y afiliación: PISCO,L.
Director del Grupo de Reforma de la Atención Primaria. Ministerio de Salud (Portugal)

Temática:
Modelos de Gestión Clínica
Palabras clave:
Reforma de la atención primaria; unidades de salud familiar; autonomía; proceso voluntario.

CONTEXTO DE PARTIDA
El servicio nacional de salud Portugués tuvo y tiene un papel muy importante en la mejoría de la salud de los portugueses. Aunque el sistema de salud parezca teóricamente bien, en realidad se enfrenta muchos problemas.
El SNS es una estructura muy centralizada y burocrática, no existen incentivos para el buen desempeño ni para la calidad, la insatisfacción de los profesionales constituye un desafío y una amenaza al desarrollo de la Atención Primaria (Médicos y Enfermeras de Familia son funcionarios públicos con remuneración independiente del funcionamiento).
El debate sobre la reforma del sistema de salud y la búsqueda de soluciones alternativas se ha intensificado en los últimos años y en 2005 se inicio la reforma.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDADES A LAS QUE BUSCABA DAR RESPUESTA EL PROYECTO
Buena cobertura, pero desigual en el territorio, accesibilidad de hecho, poco facilitada, 11,2% de usuarios inscritos, pero sin MF atribuido, libertad de opción, por el ciudadano, del MF, o de cambiar de MF reducida.
Los objetivos principales de la reforma de la atención primaria de salud son mejorar la accesibilidad, incrementar la satisfacción de los profesionales y de los ciudadanos, mejorar la calidad y continuidad de cuidados y mejorar la eficiencia.

DESARROLLO DEL PROYECTO Y SOLUCIONES APORTADAS
La reconfiguración de los centros de salud obedece a un doble movimiento: la constitución de pequeñas unidades funcionales autónomas (USF), prestadoras de cuidados de salud a la población, que proporcionará mayor proximidad al ciudadano y mayor calidad del servicio y la agregación de recursos y estructuras de gestión (Agrupamientos de Centros de Salud), eliminando concurrencias estructurales, obteniendo economías de escala.
Las Unidades de Salud Familiar, pequeños equipos multiprofesionales, formados voluntariamente, auto-organizados, y compuestos de 3 a 8 médicos de familia, por un mismo número de enfermeras de familia y profesionales administrativos, que abarcan una población de entre 4.000 y 14.000 personas. Estos equipos disponen de autonomía técnica, funcional y organizativa, y, muy importante, un sistema de pago mixto, (capitación/salario/ objetivos), incentivos financieros y profesionales que recompensan méritos (basados en su actividad) y es sensible a la productividad y accesibilidad, pero también, y sobre todo, a la calidad.
Las principales características son: adhesión voluntaria de profesionales y usuarios, trabajo en equipa, obligatoriedad de un sistema de información, régimen de remuneración sensible al desempeño, régimen de incentivos, contratualizacion y evaluación.
1 Marzo 2006 – Apertura de las candidaturas para las USF, 4 Setiembre 2006 – Inicio de Actividad de las primeras USF, ley 298/2007 de 22 de Agosto establecimiento del régimen jurídico de las USF, 30 Diciembre 2007 – Inicio de actividad de la 100ª USF, actualmente más de 100 candidaturas en evaluación.

RESULTADOS OBTENIDOS
Hasta el momento tenemos 200 USF funcionando, con cerca de 4000 profesionales, 1420 médicos, 1.445 enfermeras, 1135 administrativos, dando cobertura a 2.500.000 pacientes. La media de la lista anterior era de unos 1.550 pacientes y la media de la nueva es de 1.750 con un gano de cobertura de 300.000. La media de las USF es de 12.000 pacientes, 7 médicos y 20 profesionales en total.
Monitorización de la satisfacción de los usuarios y profesionales en 146 Unidades de Salud Familiar en Febrero de 2009
Usuarios - 12.713 cuestionarios recibidos. 75,8% Tasa de respuesta global
93,7% recomendaría esta USF a mis amigos. Satisfacción global 83,5%
Profesionales - 2.821 cuestionarios recibidos. 85% Tasa de respuesta global
Política de Recursos Humanos - 73,6% satisfechos. Calidad del trabajo - 74,7% satisfechos
97,9% recomendaría esta USF a mis amigos.
Los informes de los contratos disponibles en Internet, demuestran ganancias de eficiencia por ejemplo, en el uso de medicamentos y exámenes de diagnóstico.

LECCIONES APRENDIDAS
La importancia de la creación de las USF ser un proceso voluntario de la base hacia el tope con total implicación de los profesionales de salud.
La importancia de un fuerte apoyo político.
La importancia de aumentar la accesibilidad de los usuarios a los servicios, mejorar la calidad de la atención.
La importancia de una buena comunicación con la prensa.

E-112

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

El Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) es un centro de tercer nivel que atiende a una población de 458.000 habitantes de tres distritos de atención primaria. Es referencia provincial, regional y nacional para algunas especialidades médicas o servicios muy específicos de su cartera.

Aunque el interés de los profesionales del hospital por la calidad es consustancial con su práctica, el abordaje sistemático e institucional por este tema lo inició la división de enfermería en la década pasada.

A este impulso inicial se añadió después el empuje de los Planes de Calidad de la Consejería de Salud, como una línea estratégica de esta, generalizándose las experiencias en muchas de las unidades, asistenciales o no, del centro.

El HURS mantiene un enfoque de sistema de gestión de la calidad, con la finalidad de mantener una estructura estable en el tiempo que soporta los distintos planes y programas de calidad. La estructura tiene los siguientes elementos: Papel de Gerencia, Directores de Divisiones, Juntas Facultativa y de Enfermería; Comisión Central de Seguridad y Calidad; Servicio de Calidad y Documentación Clínica; Programa de calidad en cada Unidad Funcional; Comisiones de mejora continuada; Grupos de Desarrollo e Implantación de Procesos; Grupos de mejora; Servicio de Atención al Ciudadano; Sistema de información y soporte documental específicos; Acreditación / certificación externa de Unidades.

Los elementos que se consideran consolidados son la red de Grupos de Implantación y Desarrollo de Procesos Asistenciales Integrados (38 y unos 400 profesionales implicados directamente), las Comisiones Clínicas y el sistema de información asistencial que lo soporta.

Los aspectos que consideramos destacables son las líneas de trabajo recientemente desarrolladas a partir de la creación en 2007 de la Comisión Central de Seguridad y Calidad y las experiencias de acreditación externa:

- Plan de utilización sistemática del listado de verificación de seguridad quirúrgica en la totalidad de los Servicios y quirófanos. En junio de 2009, sobre 2830 intervenciones realizadas, se empleó en 2551 de ellas (90,1%).
- Programas de seguridad específicos: proceso cáncer de mama y Unidades de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Salud Mental. 2009.
- Sistema de identificación inequívoca del paciente mediante pulseras identificativas desde octubre de 2008.
- Implantación del programa Bacteriemia Zero en 2009.
- Acreditación externa por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de las Unidades de Gestión Clínica de Urología y Enfermedades Infecciosas (2007) y Cirugía Torácica, Medicina Nuclear y Farmacia (2009).
- Recertificación externa del sistema de gestión medioambiental en base a la norma ISO 14001:2004 y del sistema de mantenimiento del equipamiento electromédico por la ISO 9001:2008.
- Acreditación externa por modelos específicos de Sociedades Científicas de los Servicios de Hematología, Inmunología Clínica, Urgencias y, en proceso, la Sección de Hepatología.
- Desarrollos de futuro:
- Ampliar y profundizar en los programas específicos de calidad de cada uno de los Servicios, Unidades de Gestión Clínica o departamentos de servicios generales y administrativos y su acreditación externa.
- Mejorar la calidad de la cumplimentación de los listados de verificación de seguridad quirúrgica y evaluación del impacto clínico conseguido.

E-113

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN MESA EH2

LORENZO MARTÍNEZ S, GARCÍA MENENDEZ C, FORES MORENO G, ORTIGUEIRA ESPINOSA JA, GONZALEZ ALVAREZ JM.

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la mejora de los servicios sanitarios. La Unidad de Análisis de Información y Calidad de nuestro centro depende jerárquicamente de la Dirección Gerencia.

Ámbito del Centro

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) es un hospital general público de 448 camas funcionantes, de la zona sur de la Comunidad de Madrid. En 2009 la población asistida supera los 264.000 habitantes del Área sanitaria 8 de la Comunidad de Madrid. Además, es hospital de referencia para la población de Móstoles en las especialidades de Alergia, Nefrología-Diálisis, Radiología Intervencionista, Hemodinámica y Cirugía Vascular, así como para litotricias ureterales de las Áreas 9 y 10 (470.275 habitantes). Así mismo es hospital de referencia de toda la Comunidad de Madrid para el diagnóstico neuropatológico de los casos con sospecha de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Es una Fundación Pública creada por el Instituto Nacional de la Salud en Diciembre de 1996, de acuerdo al R.D. Ley 10/96 sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. El Patronato es el órgano de gobierno de la Fundación y entre sus miembros se encuentran el Ayuntamiento de Alcorcón y la Universidad Rey Juan Carlos. Incorpora en su gestión innovaciones de tipo organizativo y funcional, junto a modernos desarrollos tecnológicos y arquitectónicos. Es uno de los mayores hospitales del área sur de Madrid, con vocación de hospital comunitario y de servicio al ciudadano.

Modelo de Calidad

El modelo de calidad del hospital de acuerdo a la norma de la Comunidad de Madrid, es el modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM), con el que se han realizado dos autoevaluaciones (2002 y 2007) hasta la fecha. El modelo es compatible con otras herramientas, tanto de evaluación y mejora de la calidad como de acreditación. Es más, no sólo no se opone a la aplicación de herramientas más "clásicas" (ISO, acreditación, etc.), sino que refuerza su aplicación, al considerarlas "palanca" en el camino hacia la excelencia.

Principales herramientas empleadas

En HUFA disponemos de historia clínica electrónica (HCE), centrada en el paciente y estructurada por problemas clínicos, no como mero gestor de informes. Permite acceso inmediato a toda la información del paciente, optimizando la gestión de peticiones y resultados de las pruebas diagnósticas, legibilidad, fiabilidad, seguridad, inalterabilidad, espacio de almacenamiento, evitando duplicidad de pruebas, disminuyendo tiempos de espera.

En cuanto a herramientas de gestión de calidad, hemos implementado los sistemas de calidad, hasta la fecha, se han certificado distintas áreas del hospital: Análisis Clínicos y Bioquímica, Hematología, Reproducción Asistida, Inmunología, Serología, Microbiología, Parasitología, Anatomía Patológica, Neuropatolología, Servicio de alimentación de pacientes y dietética, Servicio de buffet y restaurante, y el Banco de Huesos.

Las encuestas constituyen una herramienta de gestión para la dirección como base para la mejora continua. La Consejería de Sanidad realiza encuestas en los centros (anualmente en urgencias, consultas, hospitalización, CMA y obstetricia). Desde el hospital llevamos a cabo otras de carácter interno (hospitalización, CMA, diálisis, familiares de pacientes en urgencias, farmacia hospitalaria, alimentación, cafetería). De esta forma podemos valorar no solo la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización, o la organización de las urgencias, consultas, etc. o las denominadas "amenidades" (hostelería, restauración, trato, etc.), sino su satisfacción desde la perspectiva de su utilidad como una medida más de resultado de la asistencia que prestamos ("outcomes").

Estrategias

Resulta imposible detallar todas las estrategias que se han puesto en marcha en el centro durante más de una década, como muestra cabe destacar, las siguientes entre las más recientes:

De acuerdo a las necesidades manifestadas por nuestras pacientes, se ha implantado el "Protocolo de parto de baja intervención obstétrica", que favorece la asistencia al parto normal garantizando la seguridad materno-fetal con la menor intervención necesaria implicando a la mujer y su acompañante en parto y puerperio. Del mismo modo, teniendo en cuenta la opinión de los pacientes, se ha rediseñado e implantado un nuevo sistema de señalización para todo el hospital.

A lo largo de más de una década se han desarrollado varias iniciativas de gestión de procesos, que junto con las autoevaluaciones realizadas han planteado la necesidad de establecer comparaciones con otros centros semejantes. Desde el año 2006 formamos parte de una Red de benchmarking entre hospitales de características similares ubicadas en otras tantas Comunidades Autónomas (denominada Red.7).

En 2007 iniciamos un plan de normalización de todos los protocolos y procedimientos del centro, tanto en el ámbito asistencial como Económico y de RRHH. En 2009 es un objetivo común a todas las Unidades Médicas del hospital.

La investigación en nuestro ámbito tiene una importancia incuestionable. Sus beneficios son numerosos y han sido descritos (desarrollo de nuevas terapias, mejora de la práctica clínica, innovación, etc.) en todo HUFA y en el ámbito de gestión, calidad y seguridad se fomenta el desarrollo de proyectos de investigación.

Desarrollos de futuro

Continuamos trabajando en los sistemas de calidad: Farmacia y Urgencias de forma más inmediata; y en la certificación de los sistemas de gestión medioambiental utilizando la Norma UNE- ISO 14001:2004. Al mismo tiempo se está elaborando el manual de calidad de la Unidad de Riesgos Laborales para su certificación con la Norma OHSAS 18001:2007.

En cuanto a acreditaciones se refiere, avanzamos en la línea de la iniciativa de Hospital Amigo de los Niños (IHAN).

Es un objetivo a medio plazo el desarrollo del Sistema de Comunicación de Incidentes similar al desarrollado por la Unidad de Anestesia para todo el hospital. El objetivo es establecer un sistema de comunicación informático y aprendizaje, anónimo, voluntario, no punitivo con el objetivo de analizar el sistema, identificar los puntos vulnerables e implantar las correspondientes acciones correc-

toras. Facilitando retroalimentación y con el cambio cultural en la organización que ello conlleva.

La gestión sanitaria actual pasa por conseguir que los profesionales sanitarios dispongan de información para tomar decisiones coste-efectivas. Las nuevas tecnologías de la información (TIC) y el sistema de información sanitario (SI) facilitan la información precisa para la toma de decisiones a todos los niveles de la organización, estableciendo los programas y acciones adecuadas, facilitando la gestión eficiente de los recursos. En HUFA estamos trabajando para garantizar la información para la toma de decisiones de la Dirección, difundir la información generada en la forma que se determine desde la perspectiva de la mejora continua de la gestión. Los sistemas que aseguran la calidad de cualquier organización exigen la generación de procedimientos documentados, su puesta al día y su mejora continua, de forma que faciliten la gestión eficaz del centro, suministrando información para la toma de decisiones.

E-114

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MONTE NARANCO

El Hospital Monte Naranco es un hospital de Agudos, asociado al Hospital Universitario Central de Asturias y a la Universidad de Oviedo y dependiente del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
Dispone de 176 camas, 5 quirófanos, 25 salas de consulta y de una plantilla compuesta por 420 trabajadores.
Su cartera de servicios se orienta a cubrir tres líneas consideradas estratégicas:

- La atención al paciente anciano.
- La cirugía programada (y preferentemente, la Cirugía Mayor Ambulatoria)
- La medicina preventiva (Screening de mama, Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual, Programa de la Mujer Sana).

Desde 1996 estamos impulsando un programa de Calidad asistencial. Al principio dudamos sobre qué camino elegir, si el modelo específicamente sanitario pero con escasa implantación en aquel tiempo y sin adaptación a nuestro entorno, o los modelos industriales bien conocidos en otros ámbitos. Optamos entonces por la gestión de los procesos y por la certificación ISO 9001.

En el año 1998 comenzamos la certificación según la norma ISO de Sistemas de Gestión de la Calidad. Comenzamos por las áreas de mantenimiento. Incorporamos después áreas asistenciales, laboratorios, anestesiología y los cuidados enfermeros. La versión del año 2000 de la ISO 9001 con su enfoque a procesos y a la mejora continua, nos ayudó a ir ampliando la cultura de la calidad a las distintas áreas del hospital: Información, Admisiones y Documentación Clínica, Bloque Quirúrgico, Hospital de Día Geriátrico, Rehabilitación y Fisioterapia, Servicio de Atención al Usuario, Farmacia, etc.

La gestión por procesos nos permitía trabajar en la certificación y además, adaptarlos a los estándares de la Joint Commission, siendo uno de los criterios con más peso del Modelo EFQM. Asimismo, el estímulo participativo que supone el empowerment que se otorga al responsable del proceso, aumenta el compromiso. Participación y compromiso son claves en la mejora.

Un intercambio del programa HOPE en el año 2003 nos permitió conocer la experiencia en Seguridad de Pacientes del Sistema Inglés de Salud.

Vimos en esta dimensión de la calidad asistencial que es la Seguridad de Pacientes, una oportunidad para que determinados colectivos un poco más remisos, comenzaran a dedicarse a esto de la calidad. La Seguridad de Pacientes ha sido muy bien aceptada y hemos aprovechado esa oportunidad.
El cierre del ciclo de mejora, la herramienta de la “no conformidad”, los análisis de las causas que las originan, la toma de decisiones basadas en datos, nos va a permitir continuar en la cultura de la mejora continua, y ampliarla a los sistemas de gestión ambiental y de seguridad y salud en el trabajo.

Nuestro Programa de Seguridad de Pacientes nos llevó a obtener el Premio a la Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo en su primera edición.

ÍNDICE DE AUTORES

ABAD DÍEZ JM C-61 C-82 C-336 C-433 C-980
ABAD NAVARRO, AL. C-439
ABAD R C-891 C-200
ABAD SANCHEZ, A. C-841
ABAD SAZATORNIL, R C-895 C-912
ABANADES HERRANZ JC. C-555
ABELLÀ PORTA,M C-139
ABELLÁN GARCÍA C. C-193
ABELLÁN GUILLÉN, J F C-639
ABENZA MORENO, JUAN JOSE C-174
ABÓN SANTOS, A E-27 C-75
ACAITURRI AYESTA, M TERESA C-1095
ACEVEDO GARCIA, MANUEL. C-778 C-831
ACHAERANDIO LÓPEZ, MA. C-386
ACÓN, MD E-3 C-99 C-424 C-425 C-426 C-1086 C-1089 C-1091
ACOSTA FERRER, M. C-71
ACOSTA ROBLES, P C-462 C-554 C-684
ADELA CORTÉS VALDÉS E-6
ADELL VIDAL, N. C-1004
ADORACIÓN MOLINA-RUIZ C-343
AGERO-MORIÑIGO, C. E-11
AGRAMUNT PERELLÓ, N. C-28
AGUADO MARTÍN,J C-597
AGUADO, H E-43 E-44 C-365
AGUAYO GREDILLA F.J. C-564 C-588
AGUAYO MALDONADO, J. C-1019
AGUILAR BENÍTEZ, J.M. E-4
AGUILAR DIOSDADO, M C-646 C-906 C-968
AGUILAR ESCOBAR, V. G. C-251 C-373
AGUILAR JIMÉNEZ, R C-191
AGUILAR PALACIO, I C-401
AGUILAR PEÑA ROSARIO C-100
AGUILAR, I C-620 C-940
AGUILAR, R C-283
AGUILELLA VIZCAÍNO, M.J. C-398
AGUILERA AGUILERA A C-346
AGUILERA CABELLO, V. C-79
AGUILERA MANRIQUE, F. C-501 C-1098 C-1113
AGUILERA, J.P C-426
AGUIRRE ALBERDI, L C-219 C-603
AGUIRRE COPANO T C-1103
AGUIRRE DE LA PEÑA, E. C-354 C-356
AGUIRRE PALACIOS ALFONSO C-851
AGUIRRE, T C-126 C-562 C-744
AGUIRRE, U E-79
AGUIRREBEÑA LARRAÑAGA, J C-531
AGULLÓ VELASCO, C C-670
AGUSTIN MJ C-200 C-891
AGUSTIN MORENO PEREZ C-933
AGUSTÍN, MJ C-443
AGUSTINA DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ C-590
AGUSTINA LOPEZ BORRAS C-632
AI HEINIGER MAZO C-419
AIBAR REMÓN, C C-620 C-636 C-704 C-1023
ALAMEDA PAJACIOS, J C-275
ALAMEDA VARELA, R. C-637
ALARCON AGUADO, C C-848
ALARCÓN MARTÍNEZ,L. C-686
ALARCÓN MORALES, S E-77
ALARCON RUBIO, D. C-156 C-157
ALARCÓN, M A C-820
ALBA MAIDANA C-58
ALBALADEJO BARRANCOS, A M C-52
ALBARRACIN MARIN-BLAZQUEZ, M. C-570 C-569 C-614
ALBARRÁN SÁNCHEZ, Mª J. C-184 C-196
ALBENIZ LIZARRAGA CARMEN C-830
ALBERO SERRANO Mª PILAR C-159

ALBEROLA GÓMEZ-ESCOLAR, C. E-70
ALBERT GARCIA RODRIGUEZ C-366
ALBERTO BARRAGÁN MARTÍNEZ C-254
ALBERTO COLINA ALONSO C-90
ALBERTO NIVELA MOSQUERA C-1063
ALBERTO REDONDO C-825
ALBERTO SALAZAR C-1078
ALBURQUERQUE GARCIA, C. C-439
ALCAIDE AMORÓS, ROSA C-13
ALCALÁ FERNÁNDEZ A. C-919
ALCALÁ GUTIERREZ, P. C-327 C-625
ALCALDE BEZHOLD, G. C-386 C-823
ALCALDE PEREZ, D C-379
ALCÁNTARA ALCAIDE, MV C-733
ALCÁNTARA CAMPOS, P E-77 C-121 C-533
ALCANTARA DIAZ M C-498
ALCANTARA ZAPATA F C-997
ALCARAZ MARTÍNEZ J E-1 E-3 C-133 C-245 C-291 C-446 C-639 C-772 C-718 C-966
ALCARAZ QUIÑONERO, M C-52 C-320 C-700
ALCOLEA SANCHEZ ML E-51
ALCON SÁNCHEZ M. JOSE C-631
ALDAZ FRANCÉS, R. C-956
ALEJANDRE LÁZARO, G. C-79
ALEJANDRO GARCIA NIETO C-285
ALEJANDRO GONZALEZ CACERES C-376 C-974
ALEJANDRO UTOR FERNÁNDEZ E-12
ALEJO BRÚ, N. C-754
ALEJO SÁNCHEZ, M C-999
ALEJOS, A Mª* C-258
ALEMANY FRANCÉS, L C-676 C-679
ALEMANY LOPÉZ A E-71 C-313 C-478 C-483 C-846 C-930 C-1104 C-1056
ALEMANY TOMAS, B C-51 C-52
ALEMANY, P. E-34
ALENDE SIXTO, M.R. C-225
ALENDE-MACEIRAS M C-519
ALEX SANCHEZ, Mª DOLORES C-802
ALFARO CADENAS, L E-99
ALFARO RODRIGUEZ,P C-25
ALFONSO CAÑETE DÍAZ. C-703
ALFONSO GARCIA PALMA C-269
ALFONSO MÉNDEZ, L. C-1076
ALFONSO MIGUEL MUÑOZ UREÑA C-254
ALFONSO OLIVER LECHUGA E-7 C-86 C-213
ALFONSO PALENZUELA CRUZ C-510
ALIA GÓMEZ, JC C-231
ALICIA BOTELLO HERMOSA C-345
ALICIA COMINERO BELDA E-53 C-728 C-730
ALICIA FERNANDEZ LÓPEZ C-272
ALICIA TARRAGONA CAMACHO C-240
ALIJA LÓPEZ,V C-459
ALINA DANET C-127
ALLEGUE GALLEGO JM C-1102
ALMAIDA FERNANDEZ MB E-51 E-85 C-647 C-963 C-964 C-965
ALMÁN-RUIZ E C-520
ALMANSA LOPEZ, J. C-813
ALMARAZ GARCÍA, M. E-73
ALMAZAN DEL POZO, M E-5 C-282 C-930
ALMENDROS ORTEGA, S. C-1076
ALMODÓVAR CARRETÓN, MJ C-188
ALMUDENA SALCEDO GOMEZ C-611
ALMUEDO PAZ A E-87 E-88 E-89 C-616 C-947 C-950
ALONSO A. C-7
ALONSO DE PABLO,V. C-912
ALONSO ENCINAS, M. E-32
ALONSO FRIAS, MA. C-718
ALONSO GARCÍA CR. C-85
ALONSO LOPEZ, F C-472
ALONSO MARAÑON, L. C-719
ALONSO MARTÍN, JJ C-3
ALONSO MARTINEZ, A. C-585
ALONSO MARTINEZ, J. C-585

ALONSO OJEMBARRENA A. C-1103
ALONSO ORTIZ DEL RÍO, C. C-580
ALONSO OVIES, A. C-107 C-364 C-808
ALONSO PEREZ LAURA E-86
ALONSO REDONDO E C-740 C-817
ALONSO SAFONT, T. C-507
ALONSO SALAZAR MT C-102 C-106
ALONSO,B. C-371
ALONSO-BRIALES JH C-264
ALOY-DUCH, A. E-17 C-147 C-149 C-211 C-333 C-334 C-344 C-500 C-914
ALTADILL AMPOSTA, A. * E-69
ALTARRIBAS BOLSA, E. C-643 C-1093
ALVAREZ BENITO,M. C-675 C-816
ALVAREZ BERNAL ISABEL C-631
ALVAREZ CABELLO,E. C-368
ÁLVAREZ CÁRDENAS M.C. C-988 C-992 C-1101
ÁLVAREZ DE TOLEDO SAAVEDRA, F. E-70
ALVAREZ DEL CASTILLO, M C-1037
ÁLVAREZ DOMÍNGUEZ, G C-118 C-120 C-1075
ALVAREZ DOMINGUEZ, JOSÉ LUIS C-872
ALVAREZ EXPOSITO, FS C-582
ALVAREZ G E-45
ALVAREZ JURADO, J. C-799
ALVAREZ MORALES, A. C-788
ÁLVAREZ MOREZUELAS, N. E-83 C-386
ÁLVAREZ PIZARRO, MARÍA JESÚS C-553
ÁLVAREZ RODRIGUEZ, J C-107 C-169 C-364 C-420
ALVAREZ TEJERO,I C-368
ÁLVAREZ THEURER, E C-910
ALVAREZ TORRECILLA, V C-999
ALVAREZ YEREGI, M. C-981
ALVAREZ, E C-411
ÁLVAREZ, J. C-583 C-832
ÁLVAREZ, MN. C-823
ALVAREZ-CUERVO SUÁREZ, L C-417
ALVARO NIETO REINOSO E-39 C-182 C-278 C-566
AMBRÓS CHECA, A C-46
AMBROSIO HERRERÍA DE LA LASTRA C-590
AMENGUAL PLIEGO MIGUEL E-81 C-60 C-644
AMIGO FERNANDEZ, J. C-568
AMOEDO CABRERA, M. L. C-972
AMORES M E-45
AMPARO PALAO IBAÑEZ C-790
ANA BELEN JIMENEZ MUÑOZ C-649
ANA BLASCO PAGÉS C-366
ANA CAPELLA C-546
ANA COUTO C-610
ANA DIAGO ELORDUY C-342 C-1081
ANA DOMENECH C-615
ANA GAZO ORTIZ DE URBINA E-60
ANA ISABEL FERNÁNDEZ CASTELLÓ C-861
ANA Mª GARCÍA SÁNCHEZ C-543
ANA Mª MUÑOZ FLORES C-227
ANA MARIA GARCIA SANCHEZ C-217
ANA MARÍA MORA BANDERAS E-61
ANA MIQUEL GÓMEZ C-101 C-128 C-131 C-135 C-1072
ANA MUÑOZ NAVARRETE C-21
ANA PONS RODRÍGUEZ C-1041
ANA RODRÍGUEZ CALA C-429 C-1041
ANA TOCINO DÍAZ E-12
ANADÓN CHORTÓ, N. E-69
ANALIA MONTERO C-58
ANDREA MATURANA C-974
ANDRÉS CABRERA LEÓN C-1067 C-1068
ANDRES CARRILLO C-1053
ANDRES LOPEZ ROMERO C-101 C-131 C-1072
ANDRÉS LUIS V. C-621
ANDRÉS MORA, HILARI C-173
ANDRES RUIZ VALVERDE C-399
ANDREU MONLEÓN, C. E-47 C-668
ANDÚJAR ESPINOSA, R E-14 C-683
ANERO CALVO, E C-359

ANGEL FACIO VILLANUEVA C-272
ÁNGEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ C-229 C-316
ÁNGEL SÁNCHEZ GONZÁLEZ C-229 C-316
ANGEL SANZ-VIRSEDA DE LA FUENTE C-101
ANGEL VIDAL MILLA C-931
ANGELA GONZALEZ REGUERO C-824
ÁNGELA HENS PÉREZ C-206
ANGELES DEL ROSARIO SÁEZ SOTO C-21
ANGELES MEDINA PEREZ E-61
ANGELES PALOMO BRAVO C-419
ANGLADA ARISA, A E-28
ANGLES SEGURA, T C-423 C-617 C-955
ANGULO A C-39
ANGULO GARCIA, MC C-454
ANGULO ORUE, J.L. E-18 E-26 C-913
ANGULO PAÍN, E. C-813
ANITUA VALLERCA, A. C-1109
ANNA BOCCHINO C-197 C-217
ANNA CAPELLA C-615
ANNA JOVER C-1058 C-1066 C-1108
ANNA RIERA I DOMÈNECH C-1009
ANTOLÍN JUÁREZ F C-796 C-805
ANTOLIN VICENTE, M. C-828
ANTÓN FRCA. E-29 C-552
ANTON MOLINA, F. C-71 C-310 C-743
ANTON MURILLO, MD C-151
ANTÓN RIERA, J. C-148 C-761
ANTONI JUAN C-546
ANTONIA ARENAS VILLALOBOS C-835
ANTONIA DELGADO JIMENEZ C-648
ANTONIA GARCIA NIETO C-239
ANTONIA PARDO MARTINEZ C-399
ANTONIO ALEMANY LÓPEZ C-131
ANTONIO ARRIBAS CACHA C-135
ANTONIO BAEZ CABEZA C-611
ANTONIO CAMACHO PIZARRO C-453 C-671
ANTONIO CANOVAS SERRANO C-438 C-556 C-692
ANTONIO COLLADO ROMACHO C-22
ANTONIO COTRINA DURAN C-367
ANTONIO CRUZ C-615
ANTONIO ERASTO VILLAR ROJA C-543
ANTONIO J. NUÑEZ MUÑOZ C-696 C-698
ANTONIO M. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ C-206
ANTONIO MUIÑO MIGUEZ C-649
ANTONIO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ E-15
ANTONIO VALDIVIA C-512
ANTONIO VALERA GIL DE PAREJA C-21
ANTONIO VELÁZQUEZ SALAS E-53 C-728 C-730
ANTOÑANAS LOMBARTE, T C-897
ANTÚNEZ, MD. C-140
ANTUÑA BELLEDIN ESPERANZA C-631
AÑINO, A. C-23
APARICIO SANZ, M. C-990 C-995
APESTEGUIA,A. C-448
APEZETXEA CELAYA, A. C-186
APOLO CARVAJAL C-822
ARA LAÚNA D C-363 C-674
ARACELI PASCUAL FAÑARAS C-267
ARAGÓN SANZ, MA. E-74
ARAGÜEZ PÉREZ, A C-527
ARANA SOLARES, I. A. C-251 C-373
ARANAZ ANDRES,JM E-82 C-833
ARANCE GARCÍA, M. C-612 C-750
ARANCHA SANCHÍS C-941
ARANDA , J.J. C-700
ARANDA CÁRDENAS D C-397 C-872
ARANDA GALLARDO, M. C-327 C-499
ARANDA LARA, J.M. E-94 E-95 C-113 C-626 C-942
ARANDA LORCA, JOSÉ JAVIER C-320
ARANDA LOZANO, F. E-10
ARANDA, A. C-470
ARANGO ORTEGA,J E-68

ARANGUREN REDONDO, M. A.	C-859			
ARANTAVE, E	C-410			
ARANTON AREOSA, L.	C-838	C-654		
ARANTZAZU URCELAY ECHEBERRIA	C-213			
ARANZABAL CONDE M.A.	C-828	C-829	C-859	
ARÁNZAU GARCÍA	C-187			
ARASA GASTALDO, E.	C-450	C-688		
ARCAS LÓPEZ, M	C-121			
ARCELAY SALAZAR, A	C-531			
ARELLANO BRAVO, EDUARDO	C-753	C-756		
ARELLANO C.	C-746			
ARELLANO-MORATA, C	E-54			
ARENAS BONILLA, M.I.	E-49			
ARENAS ORTEGA, E.	C-427			
ARENZANA SEISDEDOS, A.	C-774	C-780		
ARES DE VEGA,A.	C-622	C-659		
ARGIMON,JM	E-43			
ARIAS ESPADA, M.	C-925			
ARIAS HORCAJADA, F	C-303			
ARIAS JIMENEZ , J.C	E-68			
ARIAS VELARDE, L.	C-218	C-236		
ARIÑO,S.	C-403			
ARIZA CARDIEL, MG	C-75			
ARJONA BERRAL, J.E.	C-175			
ARJONA SÁNCHEZ JL.	C-1001			
ARMENGOL-ROCA, G	C-914			
ARMENTEROS LECHUGA, M	C-47	C-437	C-511	C-602
ARNAIZ APARICIO, L.	C-107	C-169		
ARNAL RUBIO, EP	C-215			
ARNAL SELFA, R	C-119	C-551		
ARNAO ALFONSO,J.	C-29			
ARNAU PLAZA, T	C-1013			
ARQUELLADA MARTÍNEZ, M	C-330			
ARRABAL FEIXAS, M.J.	C-727			
ARRABAL MARTIN M	C-909			
ARRABAL POLO M.A.	C-909			
ARRANZ NIETO, R	C-232			
ARRIBAS GUTIERREZ, A.R.	C-356			
ARRIBAS MONZÓN, F	C-433			
ARRIETA NAVARRO,R	C-895	C-912		
ARROYO LÓPEZ, MC	C-582	C-923	C-1076	
ARROYO MOGOLLON, J.	C-757			
ARTEAGA ALONSO, C.	C-1051			
ARTERO LOPEZ, C.	C-348	C-384	C-781	C-1079
ARTIGAS LAGE, M.	C-96	C-148	C-761	C-1105
ARTO SERRANO MA	C-82			
ARZAMENDI BERRAONDO, M.J.	C-1042			
ASCASO MARTOREL, CONCEPCIÓN	C-523			
ASENJO JIMÉNEZ, J.M.	C-415			
ASENSIO PÉREZ MR	C-377	C-738		
ASENSIO VIDAL,M	C-72			
A	C-377			
C-9UDICANA77				

AYUSO DURAN, FJ C-231
AYUSO, C E-79
AZCUTIA GÓMEZ, R. C-299
AZNAR ARTILES, YAIZA C-1013
AZNAREZ LÓPEZ, N C-9
AZORIN L E-8
BACHILLER BURGOS, J C-589 C-804
BACIGALUPE ARTACHO, MT. C-386
BADIA PERICH, E E-99
BAENA CAÑADA JM E-37
BAENA CASTILLO ,MD C-710
BAENA DELGADO, E. C-281
BAENA NIETO, G C-646 C-906 C-968
BAEZA RANSANZ T C-412
BAEZ CABEZA, A.M E-68
BAILÉN GARCÍA, A. C-622 C-659
BAJADOR ANDREU E C-70
BAJO , R C-837
BALAGUÉ CLEMOS, C C-215
BALAÑÁ FORT, LL C-221
BALAUDER CARRERA,A C-139
BALLARÍN BARDAJÍ, M C-226 C-228 C-309
BALLBE R C-12
BALLESTER ALFARO, JJ C-905
BALLESTER FERNANDEZ-BRAVO N. C-937
BALLESTER ROCA, M. C-248 C-260
BALLESTER, F. E-101
BALLESTER, N. C-123
BALLESTERO ZÁRRAGA, J. C-981
BALLESTEROS JUAN , M.T. C-112
BALLESTEROS MUÑOZ, M C-54 C-55 C-883
BALLESTIN, M C-894
BALSERA TREJO, Mª ISABEL C-315
BALTAR BOILEVE, J. C-1029
BALUGO HUERTAS, S C-808 C-1027
BALZATEGI GARAI, E. C-913
BARA MACHÍN, GLORIA C-466 C812
BARBA CALDERÓN, M. E-27 C-75
BARBA RAMÍREZ, N C-1074
BARBERA LLORCA, M.A. C-779
BARBOSA,E. C-403
BARCIA ALBACAR, L. C-11
BARCONS VILAPLANA MIQUEL C-297
BARDAVIO LACASA, A.J. C-158
BARNESTEIN FONSECA P E-22 C-20
BARÓ RODRÍGUEZ, L. C-455 C-529 C-868
BARON RAMOS MA C-983
BARQUERO MORENO, CARMEN C-387
BARRADO NARVIÓN, MARÍA JESÚS C-466 C-812
BARRAGAN PEREZ A.J. C-118 C-120 C-295 C-935 C-1075
BARRANCO PEREZ, J.J. C-80 C-312
BARRANCO ZAMORA, M C-51
BARRASA-VILLAR, JI C-620 C-916 C-940 C-980
BARREDA PÉREZ-PRAT, MJ C-939 C-948
BARREDO CAÑIBANO, FJ C-600
BARREIRO-DÍAZ MV C-519
BARRENA SARACHAGA, M.T C-981 C-1082
BARRENECHEA, Mª LUISA C-410
BARRERO SOJO, S. C-499
BARRIOS CORRALES, F C-584
BARRIOS GARCIA R. C-50 C-625 C-1038
BARROETA URQUIZA J C-380
BARROSO DUEÑAS, G. C-714
BARROSO GARCÍA, P C-74 C-581
BARROSO GUTIERREZ C E-25 C-745 C-860
BARTHA RASERO JL C-59
BARTOLOMÉ DURÁN,P C-434
BARTOMEU AYALA MÁRQUEZ C-959 C-1083
BASANTE A E-1
BASORA CUNILLERA, A C-221
BASTIDA CUTILLAS, JOSÉ LUIS C-320
BASTIDA REMENTERÍA, R. E-42

BASURCO CELAYA, R C-572
BASURTO, X. C-886
BATAN SANCHEZ, CARMEN C-874
BATISTA LÓPEZ, AL. C-57
BAU FONT, D E-28
BAUTISTA RIBERA J C-349
BAYO LOZANO, ELOISA C-204
BAYOL SERRADILLA E E-59
BAYONA GARCÍA, M E-41 C-455 C-529 C-770 C-868
BAYONA GÓMEZ, AJ C-685
BAZO PÁRRAGA, R. E-4
BEAMUD LAGOS; M. C-23 C-244
BEATRIZ ALEMANY C-108
BEATRIZ MEDINA BUSTILLO C-518
BEATRIZ PASCUAL DE LA PISA C-590
BEATRIZ ROMERO C-58
BECERRA GARCÍA D. C-416
BEDOYA BELMONTE, JJ C-203
BEGOÑA DE ANDRÉS GIMENO C-273 C-836
BEITIA FERNÁNDEZ, C. C-978 C-979 C-982 C-985 C-990 C-995
BEL PEÑA, N C-759
BELDA VALERO, J. C-628
BELÉN GARCÍA GARCÍA C-335
BELÉN MILLOR ESTEBAN C-272
BELEN UBACH BADÍA C-289
BELLIDO VARGAS, S. C-601
BELLOC BARBASTRO B. C-70
BELTRÁN PERIBÁÑEZ, J C-433
BELTRÁN-CALVO C C-520
BENAVENTE BERMUDO G. C-919
BENAVENT-NAVARRO, A C-211
BENAVIDES DIAZ-OTERO G C-469
BENDICHO LOPEZ M.J C-724
BENEDICT MEMBRILLO, A. C-844
BENET A C-10 C-12
BENITEZ BOCANEGRA, S. C-938
BENITEZ BORREGO, J.A. C-410
BENITEZ LADERA CARMEN C-136
BENITEZ LAREDA CE C-143
BENITEZ MERELO D. C-380 C-405 C-406 C-407 C-408
BENITEZ MORERA, AM C-721
BENITEZ ROSSO ROSA C-817
BENÍTEZ RUIZ, L C-548 C-724
BENITEZ, A C-806
BENÍTEZ, I. C-140
BENITO SANZ F. C-829
BEOVIDES T C-402
BERENGUER FROHNER, BETTINA C-1096
BERLANGO JIMÉNEZ, A. C-281
BERMEJO LOPEZ I C-960 C-961 C-962
BERMEJO ORTEGA, P C-222
BERNA RODRIGUEZ, JA C-121
BERNABÉ, S C-443
BERNABEU MORA R C-154 C-676 C-683
BERNAL LABORDA, MT C-867
BERNAL LOSADA, O. E-62 C-576 C-609
BERNAL MEDINA, MILAGROS C-382
BERNAL PEÑALVER L C-63
BERNARDO PRIETO RUZ C-1112
BERNAUDO , D. C-27
BERNET TOLEDANO, J C-473 C-1028 C-1030
BERRAONDO ZABALEGUI I. C-15
BERROCAL POSTIGO E. C-93
BESCOS OROS MAR C-297
BETETA FERNÁNDEZ, L. C-1036
BIARGE RUIZ A C-667
BIELSA RODRIGO F C-82
BILBAO GONZÁLEZ AMAIA E-86
BILBAO UNIBASO, I C-247 C-359 C-967 C-1084 C-1085
BIOSCA,M. C-403
BITO PECES, CL. C-354
BIURRUN GUINDA, M. J. C-859

BLABIA ESTERUELAS M C-460
BLANCO ABRIL, S. C-517
BLANCO BERMEJO, C. C-737
BLANCO DALMAU, CARMEN C-875
BLANCO GALAN, MA. C-732
BLANCO GARCÍA MG C-736 C-1076
BLANCO GONZALEZ. M.L. C-432 C-708
BLANCO NIEVES, JL C-626
BLANCO QUIRÓS, B C-417
BLANCO RODRÍGUEZ, M E-99
BLANCO ZAPATA, R M. C-1082
BLANQUEZ MOYA, AB C-1110
BLASCO BELTRAN, B C-6
BLAZQUEZ BLAZQUEZ, A C-253
BLÁZQUEZ PUERTA, ANTONIO C-871 C-874
BLAZQUEZ, J C-146
BLESA FRANCO, S. E-93 C-915 C-993
BOATELLA CUMPIÁN, L. C-749
BOCANEGRA C E-66 C-453
BOCANEGRA ROJAS, EMILIA C-544
BOLET GALINDO, P. C-678 C-680 C-814
BOMBÍN BENITO, R C-330
BONAL PITZ, P. C-1019
BONEL VIGO, E C-155
BONILLA CARMONA, A. J. C-677
BONILLO GARCÍA, M.A. C-24 C-865
BOO PUENTE,M.J C-459
BORBUJO MARTIENZ, J C-2
BORJA CASTRO I C-154
BORRÁS BORRÁS, M.I. C-1044
BORRÁS LÓPEZ, A. C-712
BORRÁS MORENO, JM C-46
BOSCH M C-17
BOTELLA ROMERO, M C-125
BOTELLO MANSO, A. C-263 C-1092
BOTIJA CASARELLO M. C-8 C-318
BOUZÓ MOLINA, NURIA C-656 C-837 C-1012
BRANDSTATTER, R. C-57
BRAVO ESCOBAR, R C-191
BRAVO PANIAGUA, M. C-14
BRAVO RUBIO ADELA C-122 C-124
BRAVO SUAREZ, E C-359
BREA RIVERO, M.P E-87 E-88 C-616 C-947 C-950
BRIANSÓ FLORENCIO, MARIA C-811
BRIONES DE MIGUEL, ANTÍA C-319
BRIONES PEREZ DE LA BLANCA, E. C-881
BRIONES, CELIA C-514
BROSA, F E-43 E-44 C-365
BRU CAMARASA, ESTHER C-1111
BRU TORREBLANCA, A C-330
BRUGUÉ TORRUELLAS, E C-62
BRUN SOTERAS MC C-83 C-215
BRUSINT OLIVARES, B. C-821
BUENAVISTA, J. C-395
BUENDIA CLEMENTE, C C-52
BUENDIA SEGOVIA,MA C-253
BUENO CAVANILLAS, A. C-735
BUENO DOMÍNGUEZ, MJ. E-56 C-308 C-479 C-1044
BUENO ORTIZ SUSANA C-1057
BUENO RUIZ, C. C-892
BUIZA CAMACHO, B. C-998 C-1005
BULO, ROCIO C-562
BURDEOS PALAU, E C-67 C-1013 C-1024
BURGOS HERNANDEZ M C-442
BUSQUETS DURAN XAVIER C-297
BUSTAMANTE FERNÁNDEZ P, C-60 C-644
BUSTINDUY BASCARAN, A C-608
CAAMAÑO-ARCOS M C-545 C-591
CAAMAÑO-MARTÍNEZ MD C-519 C-545 C-591
CABA PEÑA, JJ C-939 C-948
CABALLERO ARROYO, M E-72 C-516
CABALLERO LANZAS JM. C-494 C-751

CABALLERO MESA	C-189				
CABALLERO OLIVER, A	C-157				
CABALLERO ROMERA, JA.	C-892				
CABALLERO VILLARRASO J	C-301	C-347			
CABALLERO, J.	C-339				
CABALLERO, R.	C-395				
CABELLO JAIME, R	C-534				
CABELLO ROMERO, C.	C-852				
CABEZA BARRERA, J	C-711	C-735			
CABEZAS SAURA, P.	C-184	C-1032			
CABEZON RODRIGUEZ, T.I.	C-635				
CABRA PARRA, J	C-601				
CABRA RODRIGUEZ R	C-497	C-821			
CABRÉ PERICAS, LL.	C-668				
CABRERA LEÓN A	C-233				
CABRERIZO CESAR, C.	C-680				
CÁCERES VALVERDE, AM	E-87	E-88			
CACHON RODRIGUEZ, M.	C-1064				
CADENAS, J.M.	C-339				
CALAHORRA FERNANDEZ L.	C-47	C-123	C-437	C-602	C-937
CALATRAVA GARCIA, L	C-286	C-781			
CALDAS BLANCO, R	C-222	C-282	C-478	C-483	
CALDERON DE LA BARCA GAZQUEZ, J.M.	C-97	C-281	C-599		
CALDERÓN GRAU, P.	E-74				
CALIXTO ANDRÉS SANCHEZ-PEREZ	C-428				
CALLE GARCIA, MJ.	C-176				
CALLE JE	C-746				
CALLE MARTÍN, O	C-280				
CALLE PRIETO R.	C-829				
CALLE URRA, JE	E-54	C-488	C-490		
CALLE, C.	E-96				
CALLEJA PÉREZ, L.	C-165	C-782			
CALVIN LAMAS M	C-953	C-954			
CALVO BOHAJAR, M.	C-718	C-725			
CALVO CASTRO,C.	C-665				
CALVO CRESPO, E	C-946				
CALVO LÓPEZ, MJ.	E-20				
CALVO MAYORDOMO, MJ	E-5	E-71	C-478	C-846	
CALVO PEREZ, M.P.	C-422				
CALZADA GONZALEZ, L.	C-859				
CAMACHO BAUTISTA, MJ	C-47				
CAMACHO BUENOSVINOS, A	E-72	C-516			
CAMACHO IBÁÑEZ, J.L.	C-184	C-1032			
CAMACHO LARAÑA, M	C-394				
CAMACHO REINA Mª VICTORIA	C-100				
CAMACHO SANCHEZ, N	C-1110				
CAMARA SIMON, M.	C-522				
CAMARERO PALACIOS, J.	C-302				
CAMEO RICO, MI	C-401				
CAMINO MARTÍNEZ, J.M.	C-898				
CAMPA E	E-75				
CAMPA VALERA, F	E-38	C-394	C-1019		
CAMPO DIEGO, M.	C-172	C-864			
CAMPOS ESCALA O.	C-1062				
CAMPOS GARRIGUES A	C-917				
CAMPOS GIL P	C-469				
CAMPOS ROMERO, A	C-372	C-713			
CAMPOS-SAMPEDRO, P.	C-66				
CAMPS SALAT, RAIMON	E-16				
CANCA SÁNCHEZ J.C.	C-1038				
CANCA SÁNCHEZ, MIGUEL ÁNGEL	C-327				
CANDEL ROSELL, M	C-1013				
CANDELA FUSTER, C	C-410	C-411	C-495		
CANDIA BOUSO, B	E-50	C-293			
CANO LÉRIDA, C.	E-36				
CANO CUENCA, N	C-768				
CÁNOVAS INGLÉS, A.	E-98	C-362			
CÁNOVAS PAREJA, C	C-810				
CANOVAS VERA J	C-647				
CANTERO GARCÍA, JP.	C-1073				
CANTERO GONZÁLEZ D.	E-83	C-705			
CANTO MANGANA, J	C-462	C-554	C-684		

CANTÓN BULNES, ML. C-774 C-780
CAÑADA DORADO A. E-46 C-119 C-290 C-507 C-551 C-555
CAÑAMARES I C-200
CAÑAS ROCA MARIA ELENA C-122 C-124
CAÑAVATE GEA, J C-569 C-614
CAÑERO TORRES, M.J. C-586
CAPA, E. C-702
CAPARROS LOPEZ, M. C-306 C-787
CAPDEVILA GARCÍA E C-650
CAPELLA, A. C-661
CAPITAN GUARNIDO E C-446
CARA GARCIA, MJ C-816
CARAMÉS BOUZÁN, J. C-225 C-1029
CARAVACA ALCARÁZ, B. C-900
CARBALLIDO FERNÁNDEZ, M* C-707
CARBALLO ALVAREZ, F C-16
CÁRCAR BENITO, J. E. E-98 C-352 C-1070
CARCELEN LOPEZ, F. C-938
CARCELEN MJ C-891
CARDENAS RODRIGUEZ, JA C-286
CARDENAS VALLADOLID, J E-46 C-119 C-290 C-507 C-551
CARDERO RIVAS, M C-652
CARICOL PÉREZ, P. C-94 C-340
CARLES MOYA C-546
CARLOS BARBERÁ GARCIA C-933
CARLOS CLERENCIA CASORRÁN C-619
CARLOS GARCIA LEON C-933
CARLOS GIL A C-301 C-347
CARLOS J VELA CERERO C-42 C-888
CARLOS JIMENEZ, A. C-915
CARLOS MILLÁN C-655
CARLOS RIVERA FERNANDEZ C-285
CARLOS RODRÍGUEZ DE LA VEGA C-567
CARLOTA SERIÑÁ E-13
CARME BIOSCA ADZET C-987
CARME CROS C-256
CARME PÉREZ C-274
CARMEN BESCOS PEREZ C-317
CARMEN CANDELA FUSTER C-367
CARMEN ESCALERA C-481
CARMEN GARCÍA LÓPEZ C-692
CARMEN GUIJARRO OJEDA C-252
CARMEN GUIRADO C-438
CARMEN LARA GARCIA C-698
CARMEN MARÍA SAA REQUEJO C-775 C-1107
CARMEN MUÑÓZ M C-481
CARMEN NIETO ALVAREZ C-632
CARMEN RECIO C-345
CARMEN RODRIGUEZ SUAREZ C-227
CARMEN SAA REQUEJO E-6
CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ C-343
CARMEN TRILLO CIVANTOS C-632
CARMONA MONGE, FJ. C-637
CARMONA VIGO R C-43 C-393 C-395 C-629 C-630
CARNERO MOYA, Mª C. C-192
CARNERO NAHARRO, NURIA C-870
CAROD, C C-146
CARRAL SANLAUREANO, F E-34 C-968
CARRALLO SANCHEZ, M.T. C-458
CARRASCO DEL VALLE E. C-43 C-629 C-630
CARRASCO GÓMEZ, G. E-47 C-668
CARRASCO MISERACHS, IGNASI E-16
CARRASCO MUÑIZ, S. E-36
CARRASCO PERALTA, JA. C-951 C-952 C-984
CARRASCO RICO S C-1114
CARRASCO RODRÍGUEZ, J. C-234 C-354 C-356
CARRASCO RUIZ,R C-34
CARRASCO SÁNCHEZ, C.M C-677 C-681
CARRASCOSA FERNÁNDEZ, ANTONIO J. C-656
CARRASCOSA GARCÍA, M.I. C-393 C-477
CARRASCOSA SALMORAL, M.P. C-616 C-947
CARRASCOSA, AJ. C-110 C-837 C-1012

CARRASCOSO CAMACHO A. C-8 C-318
CARRERA GOULA, R E-28 C-764 C-999
CARRERAS P E-91 C-980
CARRERAS VIÑAS, M. C-1010 C-1029
CARRERO LÉRIDA MJ. C-416
CARRERO, A. C-110 C-1012
CARRILERO, B. C-111
CARRILLO ALCARAZ A E-14 E-51 E-85 C-154 C-358 C-647 C-683 C-878 C-960 C-961 C-962 C-963 C-964 C-965
CARRILLO GARCÍA, M. C-120
CARRIÓN BOLAÑOS MI C-879
CARRIÓN DUCH, D. C-28
CARRION RAMOS R. C-1065
CARVAJAL SALGUERO, MªJ. C-414
CARVAJAL, O. C-1060
CASADEMON GOU J. C-994
CASADO MARTÍNEZ, F. E-4
CASADO MUÑIZ, M. C-474
CASADO PÉREZ, G C-407 C-408
CASAGRAN BORRELL, A C-1037
CASALS SOLE, F.J. C-27
CASANOVA CARTIÉ, N. C-109 C-819
CASANOVA GARCÍA, M.A. C-393 C-395
CASANUEVA DE LA CRUZ, J C-600 C-607 C-702 C-805
CASARES, M. C-862
CASAS RUZ, A C-1110
CASAS, C. C-894
CASERO, A. E-101
CASIELLES GARCÍA, J.L. C-860
CASTÁN RUIZ, SILVIA C-636
CASTÁN VIVES, F. C-1044
CASTÁN, S C-940
CASTAÑEDA PALMA MA C-377 C-738
CASTAÑO L C-772
CASTAÑO LOPEZ, M. C-748
CASTELLANO ALARCON, J C-265
CASTELLANO GALLANGO MARGARITA C-631
CASTELLANO ORTEGA, MA C-685
CASTELLANO PLUJÀ, J E-28
CASTELLANO ZURERA, MM C-984 C-951 C-952 C-958
CASTELLANOS CLEMENTE, Y C-752
CASTELLANOS DE MUR A C-674
CASTELLET E E-8
CASTELLÓN, J. C-678
CASTELLS ARMENTER V. C-110
CASTELLS SALVADÓ, M. E-69
CASTELLSAGUE MONTAÑES, R C-779
CASTELO ZAS, S. E-42 C-167 C-996
CASTILLA CABEZAS, J. A. E-78
CASTILLA MARTINEZ, M E-14
CASTILLA MORO, LOURDES C-409
CASTILLA V C-547
CASTILLA-LUIS JC C-520
CASTILLEJO MALDONADO, A C-185 C-338 C-670
CASTILLO CASTILLO, J. C C-694
CASTILLO GALDEANO, E. C-678 C-680 C-814
CASTILLO GÓMEZ,C. E-11 C-29
CASTILLO LOPEZ, S C-651
CASTILLO LORENTE. J.I. C-585
CASTILLO QUINTANILLA, C C-683
CASTILLÓN TORRE, L C-9
CASTREJÓN SORIANO, A. C-192
CASTRO ARAGÓN, JL E-38
CASTRO BLANCO, ANGELES MARIA C-204
CASTRO RAMIREZ, I. C-813
CASTRO ROSALES, L. C-1069
CASTRO RUIZ, M.J. E-94 C-77 C-88 C-116 C-175 C-255
CATALAN OLIVER, C C-67
CATALÁN RUEDA, E. C-234 C-925
CATALINA GARCIA ASUERO C-706
CATALINA GARCÍA JIMÉNEZ C-108
CAVALLÉ I FERRÉ, CARMEN C-811

CAVIDES ALTABLE, B. C-1091
CAYON BLANCO, M C-646 C-906 C-968
CEBALLOS CAUTO M. C-93
CEBALLOS POZO, M E-87 E-88 C-947
CECILIA FUENTES MARTINEZ C-974
CECILIA NAVAZO, J C-313 C-265 C-483 C-930
CEGARRA-GARCÍA M C-519 C-545 C-591
CELADA PEREZ, S. C-354 C-356
CELIA GARCÍA MENÉNDEZ C-161
CELIA MARCOS ALOR C-480
CENTENO ASTUDILLO, J. C-663 C-1007 C-1008 C-1021 C-1022 C-1025
CERDA,I E-43 E-44 C-365
CEREZO RUIZ, A C-379
CEREZO SANMARTÍN, M C-449
CERNADAS ARCA, IRENE C-293
CERÓN MACHADO JM C-40
CERQUEIRO GÓMEZ, S. C-225 C-1029
CERRILLO GONZÁLEZ, I. C-637
CERVANTES ESTRADA,C C-388
CÉSAR LLORENTE PARRADO C-162
CESAR PÉREZ SOLER C-438 C-556 C-692
CESPEDES F C-104
CETIR GRUP MÈDIC C-1
CHACON, A C-1056
CHAMARRO MARTÍ, E. C-839
CHANQUET,Y C-710
CHARPENTIER-PUIG, N. C-344
CHAVES VINAGRE J C-875 C-1054
CHÁVEZ MAYA ANIANA C-631
CHECA AMARO, M L. E-84 C-597
CHICOTE CARQUERO, S. E-96
CHINCHILLA NEVADO, A. C-517
CHINEA RODRÍGUEZ, CD C-582
CHOZAS LOPEZ, C. C-972
CHUECA AJURIA, A E-9 E-31 E-79 C-26 C-132 C-441 C-571 C-1095 C-1099
CÍA RAMOS, R. C-178
CID PAÑELLA, R. C-658
CIERCOLES SIERRA MJ C-807
CINTA REDONDO VERAL C-691
CIPRIAN D. C-863
CIRERA SEGURA, F. C-263
CLARA I SALAZAR FERNANDEZ C-269
CLEMARES GARCIA, MA. C-722
CLEMENTE LA SERNA, M. C-189
CLEMENTE RODRIGUEZ, CARLOS C-872
CLOS MOLINS, R C-999
COARASA SÁNCHEZ ROSARIO C-682
COBIÁN MARTÍNEZ, J. C-250 C-266 C-491 C-492
COBOS DÍAZ A C-917
COBOS TÉLLEZ M., C-650
COBRERO JIMENEZ, EM. C-517
COCA MUÑOZ, J. C-673
CODESIDO-MIRAS R C-519
COLL CLAVERO, J. C-720
COLLADO CUCÒ, A C-103 C-221 C-624
COLLADO VÁZQUEZ, FRANCESCA C-1105
COLLAR VIÑUELAS, LG C-46
COLMENERO CAMACHO M E-25
COLOMÉS FIGUERA, LL. E-56 C-28 C-479
COMES GORRIZ, N. C-180 C-536 C-712
CONCA M. C-863
CONCEPCIÓN BARRERA BECERRA C-573 C-575
CONCEPCION MARTINEZ DIAZ DE ARGANDOÑA* C-691
CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ROMERO C-108
CONCEPCIÓN MIGUEZ E-13
CONCEPCIÓN ROMERO BRIOSO C-543
CONCHA ARROYO YANES C-367
CONCHA DE LA RUBIA MONTERO C-328
CONCHA PADILLA MARIN C-1090
CONCHA SANCHEZ RAMOS C-367
CONCHITA RISCO OTAOLAURRUCHI C-317

CONDOMINES CONCELLON, B C-1 C-155 C-862
CONEJO GÓMEZ, C. E-76 C-609
CONEJOS MIQUEL, M.D. C-821
CONSUELO ALBINO HERNANDEZ C-706
CONSUELO MARQUINA PEÑALVER C-876
CONSUELO ROBLES AGUILERA C-902
CONTRERAS, J. C-734
COPETTI FANLO, S C-62
CORBALAN DÓLERA, C. C-769
CORBELLA, A. C-661
CORDERO CRUZ, A.M. C-398
CORDERO PONCE, M. C-612
CORDOBA GARRIDO, L. C-586 C-693 C-795 C-1002 C-1080
CORDOBÉS CASADO I C-383
CORDÓN MAZA M C-38
CORNEJO GARCÍA, I. C-1104
CORO ZABALETA ELOSEGUI C-86
CORONILLA PARAZUELO,F. C-659 C-719
CORPAS MOYANO, M. C-434 C-494 C-751
CORRAL LEAL, C. C-1087
CORRAL, E. C-823
CORRALES HERNANDEZ MJ C-833
CORRALES MÁRQUEZ, R. C-284
CORRALES MAYORAL MT, C-596 C-598
CORRALES,R E-21 C-461
CORREA CASADO,M C-594
CORREA GUERRERO, A. C-595 C-938
CORREAS,B C-1012
CORROCHANO GARCÍA, C C-208
CORTACERO ALMENDROS, M C-1110
CORTEGOSO MOREIRA,L. C-665
CORTÉS BORRA, ALBERT C-96
CORTÉS DE MIGUEL, S. C-735
CORTES MACIAS, G. C-415
CORTES RODRIGUEZ, B C-379
CORTÉS SANTIAGO, J. C-1069
CORTÉS URBÁN FJ C-879
CORTEZ QUIROGA,G. C-685
COSCOLLAR SANTALIESTRA C C-83
COSÍO MÉNDEZ, C. C-85
COSTA VILAR,N. E-97 C-896
COSTAS LORES, J.A C-660
COT GUILLÉN, R. E-47 C-668
COTILLA ARIZA, S C-526
CRAVIOTTO MANRIQUE Mª ISABEL C-159
CRESPILLO GARCÍA, E C-468
CRESPO CARRION, MJ. C-722
CRESPO GROSSO, J. C-660
CRESPO PAESA, P C-676 C-679
CRESPO PALAU, JM. C-479 C-624
CRESPO PESA, P. C-189
CRESPO POLO ROSA Mª C-257
CRESPO SANTIAGO A. C-424
CRESPO SERVAN, P C-815
CRIADO GÓMEZ, Y. C-33 C-183
CRIADO TAMAYO, C. C-826
CRISTINA CORROCHANO GARCÍA C-134
CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ E-6 C-703 C-775 C-1107
CRISTINA LÓPEZ BORRÀS C-45
CRISTINA MORENO RAMOS E-15
CRUCES JIMÉNEZ, JM C-857
CRUELLS,M E-44
CRUZ BELDA, C C-391
CRUZ LENDINEZ, AJ C-477
CRUZ MAÑAS J C-577
CRUZ TORRES, R. C-977
CRUZ, A C-146
CRUZADO ALVAREZ, C C-34 C-191 C-330
CRUZADO GARCÍA MD C-349 C-721 C-971
CRUZADO GARCÍA, MJ C-971
CRUZADO QUEVEDO, J C-16
CUADRA SÁNCHEZ, RJ. C-789

CUBEROS FERNÁNDEZ VM C-758
CUCULLO LÓPEZ, JM. C-807 C-810
CUENCA GUERRERO L C-497 C-498
CUESTA PEREDO, D C-67 C-1013 C-1024
CUETO REJON, E. C-176
CUETO SAAVEDRA DOLORES C-159
CUEVAS FERNANDEZ, M C-1035
CUEVAS JAIME, J C-670
CUEVAS ORTEGA, F.J. C-658
CUEVAS PAREJA, F C-150
CULLET CAMPENY, E. C-158
CUQUET-PEDRAGOSA, J C-500
CUSTODIO,I E-44
CUXART A E-8
DALMAU CARTAÑA,E C-139
DALMAU-AYMERICH, MC. C-344
DALMAU-AYMERICH, MR. C-344
DALMAU-GARCIA, MD. C-344
DANET A C-117 C-986
DANIEL MORAL ALGUACIL C-227 C-653
DANIEL MORENO SANJUÁN C-1112
DANIEL PILA C-567
DANIEL POLO NAVARRO C-1108
DARPON SIERRA, J C-766 C-771
DAVID EXPÓSITO ROLDÀN C-429
DAVID LOPEZ GARCIA C-701
DÁVILA-FAJARDO, CL C-711 C-735
DÁVILA-FAJARDO, R C-711
DAVINS MIRALLES, J E-97 C-896
DE ALLENDE ACHALANDABASO, AMAYA C-1095 C-1097 C-1100
DE ÁNDRES RUBIO, JI. C-754
DE BURGOS LUNAR C. C-555
DE BUSTOS GUADAÑO, M E-5
DE CASTRO JIMENEZ, FRANCISCO C-753
DE CASTRO SÁNCHEZ. JESÚS C-306
DE CRISTINO ESPINAR, M E-48 E-72 C-516
DE DIEGO FURNIER M E-25 C-745 C-753 C-756
DE FRESNO CEREZO, R. E-19
DE FRUTOS IGLESIAS, M.I C-425
DE GARAY RAMOS, C C-779
DE GRADO PRIETO AB. C-171
DE HARO MUÑOZ TOMÁS C-1057
DE HARO POYO, ANDREU C-96 C-1105
DE LA CAL LÓPEZ M C-796 C-805
DE LA CASA MAGAÑA, MA C-87
DE LA CRUZ PEREZ C C-577
DE LA FUENTE RODRÍGUEZ, JM. C-73 C-95 C-1073
DE LA FUENTE, F C-600
DE LA HIJA M.B C-623
DE LA HUERGA MENENDEZ, OLGA M. C-783
DE LA MADRIZ, MM C-482
DE LA PEÑA CHICO P. C-8 C-318
DE LA PEÑA GARRIDO,A. C-877
DE LA PLATA RODRIGUEZ, I. C-499
DE LA QUINTANA VILLEGAS, A, C-299
DE LA RICA GIMENEZ, JA. C-114
DE LA RIVA MORENO, Mª CARMEN C-535
DE LA ROSA CARRILLO, D. C-1048
DE LA RUBIA DE GRACIA, M. C-841
DE LA TORRE A E-45
DE LA TORRE BARBERO MJ C-195 C-378 C-537 C-558 C-662
DE LA TORRE BONAL Y C-827
DE LA TORRE GÁLVEZ, IM C-185 C-338 C-651 C-670
DE LA TORRE LOPEZ, L.E. C-300
DE LA TORRE PRADOS, Mª VICTORIA C-261 C-287 C-387
DE LA TORRE RAMOS, M.A. C-169
DE LAS PEÑAS CABRERA, MARIA DOLORES C-817
DE LOS REYES CUEVAS, MC. C-719
DE LOS REYES MACHUCA, R. C-593
DE LUCAS RAMOS, P. C-222
DE LUCIO DE LA IGLESIA P. C-426 C-1086
DE LUIS SANCHEZ, A. C-147 C-149

DE MESA, Y.	C-140			
DE MIGUEL AGUIRRE, EGUZKIÑE	C-321	C-1088		
DE MIGUEL GÓMEZ, A.	C-295			
DE PRADA OTERMIN, BLANCA	C-871			
DE TERESA-GALVÁN E	C-264			
DEL ÁLAMO HERNANDO I	E-25			
DEL CAÑO JIMÉNEZ, GEMMA	C-48	C-1050		
DEL CASAR LIZCANO, JM	C-390			
DEL CASTILLO HERNANDEZ R	C-497			
DEL MORAL BARCINA, F.	C-1082			
DEL NOZAL NALDA M	E-25	C-78	C-355	C-860
DEL OSO MORÁN, J.	C-148	C-761		
DEL PINO JIMENEZ, L	C-1023			
DEL PINO JIMENEZ, MD.	C-643	C-819		
DEL PINO LOPEZ, R.	C-209	C-210		
DEL PINO MONTESINOS J I	C-394			
DEL POZO HERRANZ, P.	C-877			
DEL P				

DIEZ CABALLERO, R C-221
DÍEZ CAÑIBANO, S C-417
DÍEZ FELIPE C-552
DIEZ SALVADOR,F C-31
DÍEZ VEGAS FJ C-301
DIEZ-DELGADO RUBIO J. C-1055
DÍEZ-GRIJALVO, M C-916
DOBLADO LOPEZ,O C-72 C-201 C-258 C-884
DOCOBO DURANTEZ, F C-612 C-750
DOLORES CAMPOS MARTÍN C-504
DOLORES GARRUDO BENITO C-289
DOLORES MERCHAN UGALDE C-706
DOLORES OJEDA VAZQUEZ C-1108
DOLORES SANCHEZ MOLINA C-691
DOLORES SILVA GARCIA C-835
DOLORES VALDIVIA ESCALANTE C-611
DOLORS LLORENS I BASSES C-1009
DOLORS MONTSERRAT CAPELLA C-273 C-836
DOMÉNECH SPANEDDA, M.F. C-839
DOMINGO POZO M. C-193
DOMINGUEZ A C-453
DOMINGUEZ ALBA I C-346
DOMINGUEZ APARICIO, L. C-712
DOMINGUEZ ARIAS B C-442
DOMÍNGUEZ BERMÚDEZ, F C-905
DOMÍNGUEZ CANTERO, MARCELO C-505 C-506
DOMINGUEZ FERNANDEZ, A.E. C-207 C-496
DOMINGUEZ FERNÁNDEZ, M. C-1109
DOMINGUEZ FORTUNY V. C-528
DOMÍNGUEZ FUENTES, C C-196
DOMINGUEZ GUERRERO, F C-850
DOMINGUEZ MORALES, C C-78 C-760
DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, AM C-526
DOMINGUEZ RODRIGUEZ, ML. C-934
DOMÍNGUEZ SANCHEZ, MA C-228
DOMINGUEZ SANCHEZ,F. C-205
DOMINGUEZ, SANZ, F. C-720
DONCEL MOLINERO, D C-137 C-1038
DONCEL RODRÍGUEZ, E. C-1045
DONGIL GARRALON, M. C-787
DUARTE ARLANDI, M C-34
DUARTE GARCIA, AM C-451
DUARTE OLLER, E C-388
DUASO E C-697
DUEÑAS CASTRO, S. C-496
DUEÑAS FUENTES, JOSÉ RAÚL E-33 C-207 C-496
DULANTO BANDA, R.A C-259 C-621 C-988 C-992 C-1101
DULANTO ZABALA, D C-771
DUQUE GONZALEZ,M A C-31
DURÁN BARQUERO, P. C-458
DURAN HOYOS, A. C-486 C-795
DURÁN SALIDO, L. C-318
DURAN, J. C-894
DURO LÓPEZ MC C-38
DURO LOPEZ, C C-379
DURO MARTINEZ,ANA MARIA C-597
ECHARTE PAZOS J L C-397
ECHAVE RUIZ-DE-ALEGRIA, A.M. C-828
ECHEVARRÍA T C-104
EDUARDO BRIONES PREREZ DE LA PLANCA C-404
EDUARDO LOPEZ RAMIREZ C-285
EDURNE LÓPEZ C-256
EGEA ZEROLO, B. C-482 C-826 C-1026
EGIDO LIZÁN, PILAR C-1014 C-1016
EGUILEOR GURTUBAI M C-564
EIZAGUIRRE FERNÁNDEZ-PALACIOS, T. E-19
ELENA BARTOLOME BENITO C-101 C-115 C-128 C-1072
ELENA GARZÓN C-274
ELENA MUÑOZ LOPEZ C-161
ELENA MUÑOZ SECO E-90 C-144
ELIAS RODRIGUEZ, JA C-641
ELISA ASENSIO BLASCO C-882

ELISA PÉREZ VEGA	C-504			
ELISA VILLASEVIL LLANOS	C-161			
ELOSEGUI MENDIZABAL, M	C-447	C-934		
ELVIRA ANDRÉS, E.	C-359			
ELVIRA MARTINEZ, D.	E-97	C-896		
ELVIRA RODRIGUEZ, B.	C-1064			
ELVIRA ROLÓN AGUILAR	C-162			
EMILIO GONZALEZ GONZALEZ	C-632			
EMPAR GARCÍA	C-615			
ENCARNACIÓN ARACELI SEVILLA HERNÁNDEZ	C-134			
ENCARNACIÓN CUÉLLAR	C-845			
ENCARNACIÓN GÓMEZ GARCÍA	E-39			
ENCARNACIÓN RUBIRA MARTINEZ	C-174			
ENCINA ENCINA P	C-214			
ENGUIX ARMADA, A	C-759	C-917		
ENMA GOMEZ DE TEJADA	C-765			
ENRI FERNÁNDEZ, E	C-103			
ENRIQUE ALONSO REDONDO	E-12	C-127	C-664	
ENRIQUE FERNÁNDEZ GARCÍA	C-573	C-575	C-1090	
ENRIQUE GONZÁLEZ ARZA	C-5			
ENRIQUE GRUSS VERGARA	C-563			
ENRIQUE ORTIZ VILLACIAN	C-701	C-976		
ENRIQUE RUIZ FERNANDEZ	C-691			
ENRIQUE TEROL FERNANDEZ	C-696	C-698		
ENRÍQUEZ DE LUNA RODRIGUEZ, M	E-49	C-468		
ENRIQUEZ MAROTO, F.	C-915			
ENRÍQUEZ MARTÍN N	C-61	C-82	C-83	
ERRO AZCARATE, J.M.	E-10			
ESCALANTE ALZA, JL	C-737	C-595	C-938	
ESCALANTE ROCA, C.	C-493			
ESCALANTE TORRES, F.	C-786			
ESCAMEZ BERMUDEZ,M.	C-622			
ESCOBAR GARCIA, MJ.	C-852	C-853		
ESCOBAR JIMENEZ, L	C-646			
ESCOBAR UBREVA, A.	C-998	C-1005	C-1006	
ESCOBEDO SÁNCHEZ, A.	C-138			
ESCOLANO FERNANDEZ B	C-613	C-618	C-657	C-777
ESCOLAR PUJOLAR A	C-332			
ESCRIBÁ BÁRCENA, A.	C-169			
ESCRIBANO CATALAN, MT	C-897			
ESCRIBANO LÓPEZ, A	C-714			
ESCRIBANO SANCHEZ, G.	C-445	C-672		
ESCRIBANO, C.	C-739			
ESCRIVA DE ROMANI DE GREGORIO, B	E-71	C-846		
ESCUDERO BATALLA, F.	E-35	C-30	C-421	
ESCUDERO CARRETERO, MJ.	C-177	C-178		
ESCUDERO CASTILLO A.	C-909			
ESCUDERO LOPEZ, N.	C-44			
ESCUDERO MERINO, R.	C-709			
ESPADA-GARCÍA, A	C-334			
ESPEJO ARNAO, F.	C-993			
ESPEJO GUERRERO M.P.	C-71			
ESPEJO MATORRALES, F	E-46			
ESPEJO VIDAL, T	C-103	C-624		
ESPERANZA ESCORTELL	C-512			
ESPINACO J	C-214			
ESPINOSA MUÑOZ A	C-511			
ESPINOSA URBINA, R	C-67			
ESPONA QUER M.	C-528			
ESQUINAS MELLADO, B.	C-304			
ESQUIUS RODRÍGUEZ, M	C-103			
ESTALELLA S	E-37			
ESTEBAN AZNAR CANO	C-703			
ESTEBAN DELGADO,P	C-16			
ESTEBAN MENSUA, MJ.	C-628			
ESTEBAN MORENO R.	C-502			
ESTEBAN TUDELA, M.	C-79	C-234		
ESTEBAN ZARRAOA, M.J.	C-913			
ESTEBARANZ GARCIA, FJ	C-49			
ESTELLÉS, M.	C-68			
ESTEPA MUÑOZ, M.	E-35	C-30	C-421	
ESTER CORRALES BAZ	C-366			

ESTER MUÑOZ BORREDA C-135
ESTER ORTEGA LIMON C-847
ESTEVE, J C-370
ESTÉVEZ BADILLO, R C-605
ESTEVEZ MORALES, MT C-594
ESTEVEZ MUÑOZ, JC C-757
ESTHER CORRALES BAZ C-931
ESTHER GALA OCEJA C-278
ESTHER GONZÁLEZ REVUELTA C-902
ESTHER VIDAGAIN C-269
ESTIBALIZ BARREDO E-13
ESTIVILL BARTOLOMÉ FJ. C-919
ESTRADA LÓPEZ, TERESA C-204
ESTRADA ORTIZ, PABLO C-870 C-871 C-873
ESTRADA,A E-21
ETXEBARRIA,M. C-448
EUGENIO CONTRERAS FERNÁNDEZ C-889
EVA F

FERNANDEZ GARCIA A.	C-442			
FERNÁNDEZ GARCÍA I	C-650			
FERNÁNDEZ GARCÍA, M A	C-533			
FERNÁNDEZ GARRIDO, C	E-40			
FERNÁNDEZ GIL, E.	C-990	C-995		
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ B	E-1			
FERNÁNDEZ GUISADO, P	C-407			
FERNANDEZ GUTIERREZ, M F.	C-1082			
FERNÁNDEZ LAO, I	C-524			
FERNÁNDEZ LÓPEZ, A.	C-178			
FERNÁNDEZ LÓPEZ, S.	C-998	C-1005		
FERNÁNDEZ MACHÍN, P	C-463			
FERNÁNDEZ MARTÍN, JM	C-462	C-554	C-684	
FERNANDEZ MARTÍN, M.	C-680			
FERNANDEZ MARTÍNEZ MD.	C-741			
FERNÁNDEZ MOLINA M. A.	C-193			
FERNÁNDEZ MORALES, E.	E-76	C-609		
FERNANDEZ MOYA, G.	C-71			
FERNÁNDEZ MOYANO, ANTONIO	C-13			
FERNANDEZ MURILLO C	C-498			
FERNÁNDEZ NÚÑEZ ML	C-99	C-430		
FERNÁNDEZ PAEZ, F.	C-79	C-234		
FERNANDEZ PEREZ, F	C-721			
FERNÁNDEZ REDONDO, C.	C-1036			
FERNANDEZ REFOYO, J.	C-978			
FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J.	C-218	C-236		
FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M.	C-32	C-33	C-183	C-427
FERNÁNDEZ ROMEA A.	C-171			
FERNÁNDEZ ROMERO RI	C-687			
FERNANDEZ ROMERO,D.	C-719			
FERNANDEZ ROSADO FJ	C-143			
FERNÁNDEZ RUIZ, MC	C-542			
FERNÁNDEZ SAINZ, D	C-185			
FERNÁNDEZ SANTIAGO E.	C-741			
FERNANDEZ SIERRA, A.	C-915			
FERNÁNDEZ SIERRA, MA	C-41	C-431	C-729	C-731
FERNÁNDEZ SUÁREZ, A.	E-4			
FERNÁNDEZ URRUSUNO, R.	C-857			
FERNÁNDEZ VALDIVIA, A	C-41			
FERNÁNDEZ, A	C-864			
FERNANDEZ, B	E-34			
FERNANDEZ, F	C-126			
FERNÁNDEZ, FRANCISCO	C-562			
FERNÁNDEZ-PASTOR J	C-264			
FERNANDO ESCUDERO BATALLA	C-131			
FERNANDO FORJA PAJARES	C-42	C-888		
FERNANDO GILABERT VEGA	C-928			
FERNANDO RAMOS DÁNGELO	C-619	C-818		
FERNANDO SALCEDO	E-90			
FERRAND FERRI, P.	C-14			
FERRÁNDIZ SANTOS J	C-102	C-276		
FERRARI JM	C-864			
FERRARI PIQUERO J.M.	C-398			
FERRER BAS, P.	C-1036			
FERRER GÓMEZ,P.	C-907			
FERRER LUQUE, F.J.	C-24			
FERRER RODRÍGUEZ, A.	C-737			
FERRERAS VALIENTE M	C-1086			
FERRERO BRENES, A	C-53			
FERRRERO ALVAREZ-REMENTERIA J.	E-89	C-998	C-1005	C-1006
FERRÚS L	C-856			
FIDALGO HERMIDA, B.	E-30	C-249		
FIDEL GONZÁLEZ CONTRERAS	C-161			
FIERRO ROSON, J.	C-585			
FIGUERAS ARA C	C-363			
FIGUERO ECHEVERRIA, Mª PUY	C-747			
FIGUEROA LEON, M.	C-91			
FIGUEROLA BATISTA, M..	E-96			
FIMIA MARTINEZ, R	C-969			
FLORES BARRAGÁN, JM	C-46			
FLORES CABALLERO,L.J.	C-415			
FLORES CORDERO, J.M.	C-156	C-157		

FLORES MORENO S C-301 C-347
FLORES, J C-411
FLORIDO GÓMEZ F C-279
FLURIACHE GARCÍA-CARO, P C-259 C-992 C-988 C-1101
FONSECA MIRANDA, YA E-54 E-57 C-467 C-521 C-690
FONSECA Y C-746
FONT C. C-715
FONT NOGUERA, I. C-628
FONTALBA DIAZ, F C-465 C-468
FONTÁN RODRÍGUEZ C C-464
FONTÁN RODRÍGUEZ, C C-785
FONTCUBERTA MARTÍNEZ, J. C-1075
FONTECOBA SÁNCHEZ, MC E-50
FORT BARBARA, X. C-308 C-314 C-726
FORTES ÁLVAREZ, JL C-939 C-948
FRAGERO SOLDEVILLA, C C-493
FRAGOSO LUENGO B C-170 C-486 C-1002
FRAILE CASTELAO, ROSA C-48 C-1050
FRAILE ESTEBAN J.I. C-15
FRANCESC VERGES AGUSTÍ C-429
FRANCESCA CLOSA C-559
FRANCISCA ANTÓN MOLINA C-902
FRANCISCA DE LINARES FERNANDEZ E-61
FRANCISCA DIAZ MENGIBAR C-928
FRANCISCA LOPEZ RODRIGUEZ C-399
FRANCISCA MORALES C-134
FRANCISCO ARAMBURU PATAUT C-976
FRANCISCO CAMARELLES C-144
FRANCISCO FERNANDEZ-AVILES DIAZ C-289
FRANCISCO IZQUIERDO C-610
FRANCISCO JAVIER CAPOTE HUELVA C-239
FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ GÓMEZ C-775
FRANCISCO MARTOS C-845
FRANCISCO RUIZ GONZÁLEZ C-162
FRANCISCO SANDOVAL SABATER C-973
FRANCISCO SEGURA DEL REAL C-893
FRANCO CAMPOS, MA E-14
FRANCO, F. C-111
FREILE GARCÍA, S. C-85
FREIRE MACIAS JM C-740
FREIRE MAGARIÑOS M C-879
FREIRE MC C-717
FREIRE PÉREZ, B. C-225 C-1010
FREIXAS,N E-52
FUENTE BLANCO,MC C-640
FUENTES GARCIA, M.C. C-700
FUENTES GOMEZ, V C-465 C-468
FUENTES MARTÍN, E C-694
FUENTES MARTINEZ C. C-1039 C-1040
FUENTES RODRÍGUEZ, F. E-93 C-993
FUSTÉ-BALLÚS, C C-333 C-334 C-914
FUSTER PARDO, A. C-242 C-250
G FLEITAS M C-607
GABARAIN ZABALETA C. C-829
GABRIEL DE FEBRER C-98 C-256 C-274
GABRIEL GIL C-546 C-615
GABRIEL TRIGUEROS CRESPILLO C-252
GACÍA CALERO, DAVID C-401
GADEA ROMERO, G C-606
GALA FERNANDEZ, B C-652
GALA FERNANDEZ, J E-80
GALA OCEJA,E. C-223
GALAFATE ANDRADES, Y. C-612
GALÁN SIERRA, P C-669
GALBANY PADROS, J. C-479
GALÍ LÓPEZ J* C-460
GALIANA AUCHEL JM C-986
GALINDO MARTINEZ R C-560
GALIOT TORRES, A C-947 C-950
GALLARDO ABRIL, MG E-40
GALLARDO FRÍAS, JS. C-310 C-743
GALLARDO GONZÁLEZ, G. E-16 C-1048

GALLARDO MARTÍNEZ D C-833
GALLARDO MONTORO, M. C-586 C-918
GALLARDO ORTIZ, MD. C-237 C-238 C-350 C-351
GALLARDO, G. C-68
GALLART FERNÁNDEZ, A. C-146 C-712
GALLEGO CAMIÑA, I E-9 E-31 C-26 C-114 C-132 C-571 C-1099 C-1100
GALLEGO LAGO, J.L. C-299
GALLEGO MARTON, V C-969
GALLEGO MIRALLES, C. C-64 C-579
GALLEGO PERAGÓN A. C-561 C-578
GALLO GARCÍA C E-22 C-20
GALUP DE LACANAL, C. C-920
GÁLVEZ IBÁÑEZ, M. C-24
GAMA, ZAS E-64 C-467 C-690
GAMARRO PIMENTEL R C-618
GAMBÓ GRASA, P. E-74
GAMBOA ANTIÑOLO F E-59 C-497 C-498
GÁMEZ POVEDA, A. E-4
GAMINDE, I C-35
GANDÍA MARTÍNEZ, A. C-152
GARAY AROSTEGUI, M.A. C-292
GARCERAN GARCIA D C-277
GARCÉS AGUILAR,I C-785
GARCÉS BAQUERO, P. C-220
GARCES SAN AGUSTÍN,C C-513
GARCÍA AGUILAR, R. C-295 C-652 C-1115
GARCÍA AÍSA, JC C-1093
GARCÍA ALCÁNTARA, ANGEL C-261 C-387
GARCIA ALFRANCA, F. C-920
GARCÍA ALMEIDA JOSE MANUEL C-396
GARCÍA ALONSO, ML C-582 C-799
GARCÍA ÁLVAREZ G C-102
GARCÍA ÁLVAREZ,A C-34
GARCÍA ARSAC, I. C-112
GARCIA ASUERO CATALINA C-763 C-851
GARCÍA BENITO, MC C-971
GARCÍA BERNAL, E. C-593
GARCÍA BOX,L. C-907
GARCIA BUENO, JA. E-27 C-75
GARCIA CAGIGAL, A. C-32 C-183
GARCIA CAMACHO,C. C-548
GARCÍA CARAVACA J C C-245 C-966
GARCÍA CISNEROS, C. C-643
GARCÍA CISNEROS, R. C-164
GARCIA CORDOBA JA C-1102
GARCÍA CRESPO,FJ C-389
GARCÍA CUADRO, I C-932
GARCÍA CUBERO, M.C. C-821
GARCIA CUBILLANA DE LA CRUZ, P. C-210
GARCIA CUBILLO, MA C-286
GARCIA DE ALBÉNIZ MARTÍNEZ, B. C-432
GARCIA DE LOS SALMONES, E C-472
GARCIA DEL AGUILA, JJ. C-71
GARCÍA DEL ROSARIO, C. C-242 C-250 C-491 C-492
GARCÍA DÍAZ A. C-50
GARCÍA ENCABO M C-61
GARCÍA FERNANDEZ V C-262
GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P. C-393 C-477
GARCÍA FERNÁNDEZ, J.A. E-32
GARCÍA FERNÁNDEZ, NM C-677 C-681
GARCÍA FERNÁNDEZ, P C-53
GARCIA FERNANDEZ,S. E-49
GARCIA FERRADAL, I. E-46 C-551
GARCÍA FLORES S. C-621
GARCIA FORTEA, P C-338
GARCÍA FRASQUET, M.A. C-235
GARCÍA GÁLVEZ, MM. C-364
GARCIA GAÑÁN, MJ C-806
GARCÍA GARCÍA ANGEL C-763 C-851
GARCIA GARCIA J C-84 C-277 C-800 C-801 C-932 C-997
GARCIA GARCIA, E. C-309 C-844
GARCIA GARMENDIA JL. C-105

GARCIA GARRASTAZU, J. C-1051
GARCÍA GARZÓN, M. C-203
GARCÍA GIL, M C-752
GARCIA GOMEZ P. C-118 C-295 C-1075
GARCÍA GÓMEZ, O. C-300
GARCÍA GÓMEZ, S. C-637
GARCÍA GONZÁLEZ Mª ÁNGELES C-425 C-1089
GARCÍA GONZALEZ, AL. C-84 C-277 C-362
GARCIA GONZALEZ, F. C-804
GARCIA GONZALEZ, L C-271
GARCÍA HELLÍN,A. C-640
GARCIA HERNANDEZ MC C-815 C-1027
GARCÍA J E-3
GARCIA JALENCAS, S. C-260
GARCIA JIMENEZ, M. E-78 C-369
GARCÍA JIMÉNEZ, S. C-1027
GARCIA L C-858
GARCÍA LÓPEZ, A. C-660
GARCIA LOPEZ, JM. C-203
GARCÍA LOPEZ, M C-244 C-446
GARCÍA MACÍAS M C-464
GARCÍA MARTÍN M C-275
GARCÍA MARTÍN, J C-53
GARCÍA MARTÍNEZ, J. C-107
GARCIA MEDIAVILLA, Z. C-369
GARCIA MEDINA, MM C-939 C-948
GARCIA MERINO, MARIA ROSA C-870 C-871 C-873 C-874
GARCÍA MILLÁN, A. C-259
GARCIA MIÑANA, V. C-152
GARCIA MONTERO JI C-109 C-980
GARCÍA MORENO, C. C-601
GARCIA MUÑOZ, M C-155
GARCÍA NIETO, A C-19 C-315 C-745
GARCIA NUNO L C-858
GARCIA OLIVAS JA C-647
GARCIA OLIVEROS,I. C-675 C-806
GARCÍA ORDOÑEZ, M.A. C-486
GARCIA ORTEGA Mª ANGELES C-682
GARCÍA ORTEGA, LOLA C-802
GARCIA ORTEGA, MA C-185
GARCIA ORTEGA, MJ C-816
GARCÍA ORTEGA, TERESA C-327
GARCÍA PALACIOS, MV C-707
GARCIA PALMA ALFONSO C-182
GARCÍA PANIAGUA, J. C-678 C-680
GARCÍA PARDO, RM C-226 C-757
GARCIA PEINADO E. C-416
GARCÍA PÉREZ,R C-62
GARCÍA PESO, A. C-788
GARCIA PINA, MJ. C-522
GARCÍA PRIETO, E. C-375
GARCÍA PUENTE, E C-420 C-767
GARCÍA RAMIREZ F. C-1055
GARCÍA RECIO, J C-534
GARCIA RIOS, M.R. C-348
GARCÍA RODRIGUEZ J C C-966
GARCÍA RODRIGUEZ, A C-208
GARCIA RODRIGUEZ, MI. C-354 C-356
GARCÍA RODRIGUEZ, P. C-85
GARCÍA ROJO, M. C-602
GARCIA ROSADO, S. C-787
GARCÍA RUEDA, ANA C-505 C-506
GARCÍA SÁNCHEZ FJ C-36 C-262 C-547
GARCIA SANCHEZ J C-267
GARCÍA SÁNCHEZ, J. C-910
GARCIA SANCHEZ, M. J. C-809 C-165
GARCÍA SÁNCHEZ, Mª DOLORES C-257
GARCÍA TOYOS, N. C-177 C-178
GARCÍA URBANEJA M. E-83 C-705
GARCIA VALERO, A C-906 C-646 C-968
GARCÍA VILLAR, C. E-20
GARCÍA VILLAR, E. C-660

GARCIA, C. C-661
GARCÍA, E. C-140
GARCÍA, MC. C-68 C-69
GARCÍA, R. C-600
GARCÍA-ARILLA CALVO, E C-810
GARCIA-GARZÓN, J.R. C-1
GARCIA-HERREA GOMEZ, J.F. C-312
GARCÍA-MAGARIÑO ALONSO, J C-401
GARCÍA-MATEO, M C-333 C-334
GARCÍA-MONTERO, JI. C-819 C-1023
GARCÍA-OREA ÁLVAREZ, M. . C-548 C-724
GARCÍA-PANIAGUA, J. C-781
GARITANO TELLERIA, B. C-199 C-783 C-929
GARRIDO CARMONA, NOELIA C-726
GARRIDO ELUSTONDO,S. C-309
GARRIDO ESTEBAN, S. C-1020
GARRIDO GÓMEZ JC. C-1086 C-1089 C-1091
GARRIDO MT E-66 C-671
GARRIDO ROSADO, A. C-203
GARRIDO VALVERDE, I. C-1101
GARROTE MORENO, L C-208 C-436
GARZÓN AJENJO BEATRIZ C-840
GARZON GONZALEZ,G E-71 C-846 C-1056
GASCÓN, JORDI C-230
GASSÓ CAMPOS M. C-100 C-991
GASSÓ RIBAS, M. C-920 C-1061 C-1062
GASTÓN BARCOS M C-83
GASZEK, A. C-422
GAVIRA ALBIACH, P C-465 C-468
GEA VELAZQUEZ DE CASTRO,MT E-82 C-465 C-833
GEMA ROMERO GARCÍA C-331
GEMMA ESCARTIN MARTIN C-243
GEMMA RAMOS C-98
GENS BARBERA, M. C-322 C-324 C-423 C-568 C-617 C-924 C-955 C-1046
GERADA SABARIEGO TRINIDAD C-515
GERARD FERRER VALDÉS C-1041
GERIBES HERNANDIS, M. E-62 C-609
GERMAN BERMUDEZ GARCÍA C-653
GERMAN CORTES MACIAS C-404
GIJON SANCHEZ, MT C-179
GIL ARRAIBI, M.T. C-422
GIL CASTELLANO, J C-196
GIL FERNÁNDEZ, R C-407 C-408
GIL GOMEZ, D. C-901
GIL LEMUS, M.A. C-748
GIL MACIAS,C. C-622
GIL PÉREZ, R. C-1087
GIL RODRÍGUEZ, ALICIA C-506
GIL RUEDA B E-51
GIL, G. C-56 C-661
GIMAN SANCHEZ, TERESA C-495
GIMENEZ JULVE, T C-636 C-704
GIMÉNEZ REQUENA, A. C-138
GIMÉNEZ SENDER M C-363
GIMÉNEZ, T C-620
GIMENEZ-ARNAU, J.M. E-101 C-452
GIMENO JORDÁ, MJ C-684
GIMENO RUBERTE, C. C-248
GLORIA ELENA LOPERA URIBE C-217
GLÒRIA FALCÓN SOLDEVILA C-429
GLORIA GALVEZ HERNANDO C-202
GLORIA GUERRA E-90
GLORIA MUÑOZ ARIAS C-206
GODINO GALLEGO, N. C-373
GODOY GUERRERO M C-613 C-723
GODOY, I C-370
GÓMEZ A, C-461
GÓMEZ ALDAZ E. C-919
GOMEZ ARROYO M C-511
GOMEZ BARBADILLO, J C-641
GÓMEZ BARRENA V C-674
GÓMEZ BLANCO, A. C-192

GOMEZ BRIOSO, JM C-587
GOMEZ CAMACHO E E-59 C-763 C-851
GOMEZ DÍAZ-CANO, P. C-1098
GÓMEZ ESPÍN, R. C-436
GÓMEZ FELIPE, E E-99
GÓMEZ FERNÁNDEZ, C C-548
GOMEZ FUENTES, M. C-799
GÓMEZ GALÁN, MJ. C-970
GÓMEZ GARCÍA C C-291
GOMEZ GARCIA, S C-1017
GÓMEZ GONZÁLEZ, AM C-191
GÓMEZ GONZÁLVEZ, G. C-449
GÓMEZ GUIJARRO, FM. C-110
GÓMEZ HERREROS, R. C-580 C-881
GÓMEZ HONORATO, R. C-23
GOMEZ HORMIGOS, C C-303
GÓMEZ IBÁÑEZ, Y C-2 C-3 C-306 C-418 C-787
GÓMEZ MARTÍN ÓSCAR C-644
GOMEZ MARTÍNEZ, ME C-179
GÓMEZ MOLLEDA, F. E-73
GÓMEZ MONTERO, G. E-35 C-30 C-421
GOMEZ MONTES, C C-224 C-484 C-1065
GOMEZ MUÑOZ R. I. C-424
GÓMEZ NÚÑEZ I, C-598 C-599
GÓMEZ PALMERO, ÁNGEL C-48 C-1050
GOMEZ PARRA, F C-587 C-1074
GÓMEZ PESQUERA, C C-226 C-757
GÓMEZ PESQUERA, RM C-119 C-290
GOMEZ SANTILLANA, M. C-369 C-1094
GÓMEZ SANTOS, D C-3
GÓMEZ, ANA C-89 C-539
GÓMEZ, P C-820
GOMEZ,FM C-837
GOMEZ,M. C-403
GOMEZ-BARAZA C C-200
GÓMEZ-BERMUDEZ, JOSEFINA E-17
GOMEZ-INHIESTO E. E-31
GOMIS R. C-746
GOMIS-CEBRIAN, R E-54 C-392 C-488 C-490 C-837 C-1102
GONZÁLEZ ÁLVAREZ JM C-36 C-39
GONZÁLEZ A C-697
GONZÁLEZ ALONSO, C C-62
GONZÁLEZ ÁLVAREZ, M., E-32
GONZALEZ AMADOR,F C-212
GONZALEZ BALLESTEROS, A.B. C-799
GONZÁLEZ BARBERO, E C-405 C-406 C-626 C-1096
GONZALEZ BENITEZ M C-613 C-657 C-777
GONZALEZ BENITEZ MA C-983
GONZALEZ BERMEJO B C-674
GONZÁLEZ BRAVO, AI C-924
GONZÁLEZ BRAVO, D. C-877
GONZÁLEZ CABELLO, L C-533
GONZÁLEZ CALLEJAS MJ C-736
GONZÁLEZ CALVO J C-911
GONZÁLEZ CARRASCO, N C-589
GONZÁLEZ CONTRERAS, M C-946
GONZALEZ CRUZ,I.M. E-49
GONZÁLEZ DE LA CUESTA, DELIA C-466 C-812
GONZÁLEZ DE LA FLOR P C-43 C-629 C-630
GONZALEZ DE LOS RIOS MONTIEL, MC C-971
GONZÁLEZ DE SELGAS, JM C-711
GONZALEZ DEL RIO, MIGUEL ANTONIO C-1097
GONZÁLEZ E E-37
GONZALEZ ESCALANTE, F. C-209
GONZALEZ ESPEJO, A. C-237 C-238 C-350 C-351
GONZALEZ ESPINOSA ,T C-641
GONZÁLEZ ESTEBAN M.I. C-988 C-992 C-1101
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, A. A. C-887
GONZALEZ FERNANDEZ, CARMEN C-802
GONZALEZ FLORIDO, M. I. C-328
GONZÁLEZ GARRO, JM. C-391
GONZÁLEZ GARRO,E. C-907

GONZALEZ GOMEZ A.	C-328		
GONZÁLEZ GONZÁLEZ, E.	C-503		
GONZALEZ HERRERA, E	C-670		
GONZALEZ HINOJOSA, FELICIANO	C-415		
GONZALEZ JADRAQUE,E	C-530		
GONZÁLEZ JEUTE, A.	C-970		
GONZÁLEZ JUANES C.	C-528		
GONZÁLEZ L	C-697		
GONZALEZ LLANOS C	C-498		
GONZALEZ LLINARES, RM	E-79	C-531	C-783
GONZALEZ LOMBIDE E.	C-15	C-608	
GONZÁLEZ LÓPEZ, J.R.	C-1092		
GONZÁLEZ LÓPEZ, MM	C-524		
GONZALEZ MARTIN, U.	C-748		
GONZALEZ MARTINEZ JA	C-469		
GONZÁLEZ MARTÍNEZ O	C-99	C-430	
GONZÁLEZ MC	E-75		
GONZÁLEZ MIRANDA, F.	C-762		
GONZÁLEZ MORENO, C.	C-1027		
GONZALEZ NOTIVOL, R	C-897		
GONZÁLEZ PÁEZ, I	C-681		
GONZALEZ PAGADOR, M.C.	C-207		
GONZÁLEZ PALOMAR E.	C-502		
GONZALEZ POSADA, F	C-1035		
GONZÁLEZ REVALDERÍA J	C-879		
GONZÁLEZ RUIZ JM	C-606		
GONZÁLEZ SÁNCHEZ, J.A.	C-898		
GONZÁLEZ SANTANA, M.D.	C-250		
GONZALEZ SERRANO, V.	E-36		
GONZÁLEZ SOLER M A	C-827	C-966	
GONZÁLEZ TABOADA, L.	C-1010		
GONZÁLEZ VALVERDE, M	E-65		
GONZALEZ VILLALBA, A.	C-209	C-210	
GONZALEZ, JM	C-420		
GONZALEZ-ALVAREZ JM	C-547		
GONZÁLEZ-BENÍTEZ M	C-618		
GONZÁLEZ-CASTILLO J	C-39		
GONZÁLEZ-NAVARRO, MD.	E-11		
GONZÁLEZ-OLVEIRA J	C-545		
GONZÁLEZ-PÉREZ, ME	C-133	C-288	
GONZÁLEZ-PRIETO, P.	C-66		
GORDILLO DE LA CRUZ,T.	C-767		
GORDILLO MONTOYA, J.M.	C-901		
GORDO ORTEGA J.	C-43	C-629	C-630
GORGUES ESPASA, M	C-139		
GORINA, N	C-146		
GORLAT SÁNCHEZ, B.	E-93	C-176	
GOSALVEZ PRADOS D	C-233		
GOTI AGUIRRE, M. E.	C-783		
GOYENECHE ARANDIA, GORKA	C-1097		
GRACIA ALFONSO, MA	C-885	C-903	
GRACIA CENAMOR, A.	C-299		
GRANA COSTA M	C-777	C-983	
GRANADOS GARCIA, C	C-379		
GRANADOS GARCIA, J.	E-78		
GRANADOS ULECIA, C	E-30	C-249	
GRANDE ICARAN, T.	C-172		
GRANJA BERNÁ V	C-822		
GRAÑA B	C-654		
GRAU CANO, JAUME	C-104		
GRAU CERRATO S.	C-528		
GRAU, A.	C-886		
GRIERA BORRAS M	C-800	C-801	
GRIVE ISERN, NURIA	C-374		
GROS BAÑERES, B	C-513	C-523	
GROSSO, S.	C-890		
GRUTZMANCHER S	E-66		
GUAJARDO REMACHA, J	C-132	C-571	
GUAJARDO SINUSIA I	C-807		
GUASCH BADELL, R.	C-158		
GUEDE A	C-864		
GÜELL PICAZO, J.	C-64	C-579	

GÜELL UBILLOS, J.A. C-158
GUERRA AREVALO, J C-241
GUERRA DE HOYOS, JA. C-177
GUERRA ZALDUA, N C-771 C-766 C-1000
GUERRERO DÍAZ, B. C-362
GUERRERO DIEZ, MARÍA C-656
GUERRERO GARCÍA, F.J. C-24 C-865 C-875
GUERRERO GARCÍA, MJ. C-357
GUERRERO J. C-744
GUERRERO MARTIN R. C-1065
GUERRERO PEREZ, J. C-853
GUERRERO SÁNCHEZ, A. C-325 C-326 C-880
GUERRERO SERON A C-214
GUIJARRO LÓPEZ, S. C-1119
GUIJARRO OJEDA, C C-815
GUIJARRO PÉREZ, A. C-1048
GUIJARRO RODRÍGUEZ, J.L. C-727 C-1011
GUILLÉN TORREGROSA M D C-772
GUILLERMO PUCHE E-55
GUITERAS MAURI, C E-28
GUTIERRES ROMERO, J. C-659
GUTIÉRREZ ARANDA, JM C-449
GUTIÉRREZ CÍA, I C-704
GUTIÉRREZ CUADRA JL C-40
GUTIÉRREZ CUADRA, P. C-1076
GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ MJ C-279 C-451 C-542
GUTIÉRREZ GARCÍA, R. E-73
GUTIERREZ GONZÁLEZ, MM C-89 C-539
GUTIERREZ IRADI, J.L. C-1042
GUTIÉRREZ PASCUAL D C-796
GUTIERREZ TOUS Mª R C-130
GUTIÉRREZ VALLE FJ C-37
GUTIERREZ, R. C-142 C-371
GUZMÁN BORONAT L C-827
GUZMAN CABAÑAS JM C-1114
GUZMÁN PUEYO, P C-406
GUZMÁN SEBASTIÁN, R. E-97 C-896
GUZMÁN VALENCIA, T. C-774 C-780
HABAS PÉREZ, JC. C-357
HÉCTOR CANTERO CARRASCOSA C-1009
HELLÍN D. C-717
HELLÍN GARCÍA, MJ. C-439 C-807
HELLÍN MONASTERIO J. C-1036
HENRÍQUEZ VALENCIA, G. C-1092
HERCE LOPEZ JAVER C-182
HERCE MUÑOZ, A. C-957
HEREDIA FERNÁNDEZ, M. C-1069
HERIAS CORRAL, G C-946
HERMANO TSAO, A. C-781
HERNAEZ CORBEÑO, M.A. C-487
HERNÁNDEZ A. C-744
HERNÁNDEZ BERNABÉ C. C-60
HERNÁNDEZ BLANCO, M. C-908
HERNANDEZ BORGES, AA. C-57 C-762
HERNANDEZ CORRAL, I. C-348
HERNANDEZ DE LAS HERAS, T C-222 C-232 C-282 C-483 C-478 C-930
HERNANDEZ FERRANDIZ, MC. C-716
HERNÁNDEZ FUENTES, S C-228
HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, JOSEFINA C-96 C-1105
HERNANDEZ MARIN, MATILDE C-873
HERNANDEZ MARRERO, A C-582
HERNÁNDEZ MARTÍ, V. C-628
HERNANDEZ MARTINEZ L C-965 C-964
HERNÁNDEZ PALACIOS, RAFAEL E-67
HERNANDEZ PEREZ - LANZAC, C. C-125 C-444 C-584 C-938
HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ JORGE VIDAL C-261
HERNANDEZ ROMERO CR E-51
HERNANDEZ SALINERO, M. C-180
HERNANDEZ SANSALVADOR, M C-768
HERNÁNDEZ SANTANA, A. C-242 C-250 C-266 C-491 C-492
HERNÁNDEZ VIDAL, N. C-322 C-324 C-423 C-568
HERNANDEZ, A E-43 C-126 C-562

HERNÁNDEZ, N C-617 C-955
HERNÁNDEZ, S. C-371
HERNÁNDEZ, T. C-395
HERNANDEZ,C C-1012
HERNÁNDEZ-GARCÍA JM C-264
HERNANDO HELGUERO B. C-1089
HERNANDO MONGE, ANA C-48 C-1050
HERNANDO VICIOSO, A. C-64 C-579
HERRADOR ORTIZ Z. C-195 C-662 C-922
HERRÁEZ CARRERA, O. C-926 C-927
HERRANZ GONZALEZ J. C-15 C-608
HERRANZ QUINTANA R C-879
HERRANZ V E-75 E-63
HERRANZ VALERA JJ C-452 C-1102
HERRER CASTEJÓN, A C-513 C-523
HERRERA ALARCÓN, C. C-592
HERRERA CARDENAL, M.E. C-160
HERRERA CARRAL P. C-1086 C-1089 C-1091
HERRERA CONTRERAS I C-100 C-991
HERRERA CORPAS, J.C. C-840
HERRERA FERRARI, FJ. C-209
HERRERA GÓMEZ, A C-121
HERRERA-VIEDMA, E. C-339
HERRERIAS NAVARRO, MARIA ISABEL C-1113
HERRERO AYUSO F C-276
HERRERO DELGADO, M. C-302
HERRERO DELICADO, RAFAEL C-452
HERRERO HERNÁNDEZ SILVIA E-81
HERRERO MUÑECAS M C-460
HERRERO PEINADO, M.C. C-993
HERRERO SALADO T. C-93
HERREROS DE TEJADA, A C-392 C-398 C-864
HERREZ CARRERA.O C-574
HERVÁS VARGAS, A. C-709
HERVIAS VIVANCOS B. C-59
HIDALGO ESCUDERO, J C-405
HIDALGO LLONIS, FJ C-129
HIDALGO PEREZ, E. C-390
HIDALGO ROJAS, L C-465
HIERRO I. C-283
HIGUERO MACÍAS, J.C C-137
HIJAS SERRANO M.P C-623
HIJÓS LARRAZ LA C-363 C-667 C-674
HINOJOSA RUIZ MªCARMEN C-136
HOLGUÍN FERNÁNDEZ, MªC C-808
HOYO RODRÍGUEZ FJ C-40
HUARTE LACUNZA, R C-895 C-912
HUERTAS, F.J. C-734 C-739
HUESO QUESADA, M.R. C-487
HUETE SIERRA O C-383
HUGO MALDONADO C-58
HUIZING, E. C-210
HURTADO BEJARANO,G C-25
HURTADO PEDROSO,C. C-145
IA DE LA TORRE, ANGELA C-387
IBAIBARRIAGA SANCHEZ,O. C-787
IBAÑEZ GOROSTIAGA, E. C-292
IBÁÑEZ NÚÑEZ, M.A. C-660
IBAÑEZ TORRERO TERESA C-851
IBAÑEZ TORRES, A. C-422
IBAÑEZ, SANDRA C-230
IBARRA HERNANDEZ, I C-766
IBARRA HERNANDEZ, K. C-65 C-771 C-1000
IBARRA MARTINEZ, C. C-44
IBIRICU BARRO,A C-201 C-884
IBORRA OQUENDO, A. C-111 C-813
IDOIA SAEZ DE PARAYUELO C-824
IDOIPE TOMÁS,A C-443 C-891 C-895
IGEA MORENO, M. C-302
IGLESIAS BONILLA, P C-549 C-550 C-869 C-1019
IGLESIAS LLOPART, RM. C-956
IGNACIO CARLOS SAGARDOY VALERA C-861

IGNACIO ENRIQUEZ DE SALAMANCA C-655
IGNACIO GARCÍA, Y C-119
IGNASI FERRER C-98 C-274
IMMACULADA NAVARRO C-256
INÉS MARÍA BARRIO-CANTALEJO C-343
INES SERRANO DIAZ C-518
INFANTES RODRIGUEZ, JA E-5
INFANTES VIANO,R C-733
INGUNZA BASTERRA, N. C-441
INIESTA MARTINEZ, D. C-445 C-592 C-900
INIESTA SÁNCHEZ, J. C-413 C-769
INMACULADA BRANDO ASENSIO C-1053
INMACULADA CORBALÁN RODRÍGUEZ C-692
INMACULADA GARCIA DE LA CORTE C-1077
INMACULADA ROSALES MUÑOZ C-240
IONE MIREN AGUIRRE ZUBILLAGA C-457
IRASTORZA ALDASORO A E-22 C-20
IRATXE REGIDOR FUENTES C-5
IRENE BARRENA GAITÁN C-440
IRIGOYEN RECALDE, I. C-643
IRLES ROCAMORA J A C-497 C-498
IRUIN SANZ, A. C-1042 C-1047
IRURETAGOYENA SANCHEZ, ML C-531
IRURZUN LARRAÑAGA, I. E-7 C-213 C-432
IRURZUN MORAN A C-560 C-666
ISABEL ARANTAVE C-367
ISABEL DE LA PIEDAD MENDÍA E-7
ISABEL GARCÍA ARSAC C-438 C-556 C-692
ISABEL PUEYO RODRIGUEZ C-691
ISABEL RODRIGUEZ LORITE C-227
ISIDORO HERRERA CONTRERAS C-307
ISUSI FONTÁN, M. C-172
ITZIAR LANZETA VICENTE C-213
IZARZUGAZA ITURRIZAR, E. C-114
IZQUIERDO GARCÍA N. C-193
IZQUIERDO GARCÍA, E C-392
IZQUIERDO MEMBRILLA, I. E-2
IZQUIERDO PALOMARES, JM C-188 C-754 C-757
IZQUIERDO PÉREZ, Y. C-415
IZQUIERDO ROS M.T. C-773 C-794
IZQUIERDO, E C-864
IZUEL, M. C-791
JADAD BECHARA A C-233
JAEN OLASOLO, JAVIER C-817
JARA LÓPEZ, I C-589
JARA PÉREZ, A. C-637
JARAVA ROL G C-618 C-657
JAUREGUI CELAYA, M.F. C-219 C-432 C-603
JAVIER GIMENEZ ARNAU C-174
JAVIER HERCE LOPEZ C-269
JAVIER HERNANDEZ DEL CASTILLO C-128
JAVIER INIESTA SÁNCHEZ C-21
JAVIER PADILLA BERNÁLDEZ C-590
JAVIER QUINTANA DEL OLMO C-504
JAVIER RAS C-1090
JAVIER SUAREZ CARRASCO C-1077
JAVIER TEROL FERNANDEZ C-1090
JAVIERRE LORIS, M C-513
JENARO CORTÉS ANGULO C-108
JEREZ BASURCO, B. C-821
JEREZ ROJAS, MR C-477
JEREZ SAINZ, I. C-525
JERONIMO ESCRIBANO ALVES C-216
JESUS AVILES AMAT C-701 C-976
JESÚS BUJALANCE HOYOS C-1112
JESUS VILLANUEVA CAMACHO C-240
JIMÉNEZ ÁLVAREZ, T C-1015
JIMÉNEZ BEA, L. C-673
JIMENEZ BEATO P C-332
JIMÉNEZ CALLEJO, E. C-673
JIMÉNEZ CARRAMIÑANA, J C-228
JIMÉNEZ CEREZO M.J. C-398

JIMENEZ CERRATO P.	C-1103		
JIMÉNEZ DE ZADAVA, P.	C-470		
JIMÉNEZ DEL CASTILLO, M	C-180		
JIMENEZ DEL RIO, B.	C-76		
JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, C.	E-27	C-75	
JIMÉNEZ GAGO, L.	C-218	C-236	
JIMENEZ GARCÍA MP	C-63		
JIMENEZ GARCIA, MC	C-1043		
JIMENEZ GARRIDO M	C-576		
JIMENEZ GÓMEZ, MR.	C-789		
JIMÉNEZ GÓMEZ, S.	C-593		
JIMÉNEZ GOROSPE, ALFREDO	C-374		
JIMÉNEZ HEFFERNAN, A	C-212		
JIMENEZ JIMENEZ, MJ.	C-716	C-722	
JIMENEZ LIRIA, M.J.	C-348	C-384	C-1079
JIMÉNEZ LÓPEZ, ANA	C-544		
JIMENEZ MARISCAL, E	C-969		
JIMENEZ MÁRQUEZ, C	C-624		
JIMÉNEZ MELÉNDEZ, M.J.	C-699		
JIMENEZ MELENDEZ, MJ	C-818		
JIMENEZ MENDEZ, L	C-78	C-760	
JIMÉNEZ MOLINA, J.L.	C-11		
JIMÉNEZ MONTAÑEZ, S	C-408		
JIMENEZ MORENO D	C-37		
JIMÉNEZ MORENO, A.	C-660		
JIMENEZ MOYA, R	C-527		
JIMENEZ MURILLO, L.	C-97	C-281	C-599
JIMÉNEZ PÉREZ,I	C-707		
JIMENEZ ROSET, J.	C-352	C-1070	
JIMENEZ RUIZ J.	C-1055		
JIMENEZ RUIZ M	C-576	C-645	C-749
JIMÉNEZ SÁENZ, J.	C-699		
JIMÉNEZ SÁNCHEZ P.	C-166	C-695	
JIMÉNEZ SOSA, A.	C-57	C-762	
JIMENEZ TORRES, R.	C-809		
JIMENEZ, RUIZ.M	C-1071		
JIMENEZ, S.	E-34		
JIMÉNEZ-NAVARRO M	C-264		
JIROUT CASILLAS, F	C-163		
JOAN BOSCH I SABATER	C-1083		
JOAN CARLES MARCH	C-127		
JOAN RAMON PASTOR MILAN	C-202		
JOAQUIM ESPERALBA IGLESIAS	C-366		
JOAQUIM VERDAGUER PUIGVENDRELLO	E-15		
JOAQUIN BUSQUET MARTINEZ	C-317		
JOAQUIN CORRALES GUTIERREZ	C-216		
JOAQUÍN HELLÍN MONASTERIO	C-108		
JOAQUIN SALAS CORONAS	C-1052		
JONE LARRAÑAGA	C-701		
JORDANO ALVAREZ,M C	C-25		
JORDI CAÑADA NOGUES	C-376		
JORDI PUIG MANRESA	E-15		
JORDI PUJOL	C-1058	C-1108	
JORGE GARCIA RUBIO	C-696		
JORGE DE AMUEDO SÁNCHEZ	C-227		
JOSÉ ACEDO, MI.	C-732		
JOSE ALBERTO GUZMAN RODRIGUEZ	C-1053		
JOSÉ ÁNGEL REDIN ESPINAL	C-976		
JOSÉ ANTONIO FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	C-419		
JOSE ANTONIO FRANCO MORENO	C-933		
JOSÉ ANTONIO MARCOS HERRERO	C-889		
JOSE ANTONIO PRADOS CASTILLEJO	E-90	C-144	
JOSE CARLOS HABAS PEREZ	C-765		
JOSÉ CARLOS LÓPEZ LACOMA	C-254		
JOSE ENRIQUE VILLARES	C-512		
JOSE GARCIA SANCHEZ	C-847		
JOSÉ GUTIÉRREZ ALÉS	C-440		
JOSE GUZMAN RENTERO	C-475		
JOSE HERNANDEZ RODENAS	C-973		
JOSE IGNACIO LANDALUCE	C-86		
JOSÉ LUIS GARCÍA GARMENDIA	C-316		
JOSE LUIS SÁNCHEZ SUAREZ	C-1072		

JOSE Mª JOVER CASAS C-991
JOSE Mª MATEOS GAUTIER C-928
JOSÉ MANUEL BERNAL ROMERO C-21
JOSE MANUEL GONZÁLEZ PÉREZ C-440
JOSE MANUEL MOLINA DOÑORO C-573 C-575
JOSE MANUEL SANCHEZ WANDELMER C-252
JOSÉ MANUEL VISUERTE SÁNCHEZ C-42 C-888
JOSÉ MARÍA ERRO AZCARATE E-7
JOSÉ MARÍA RUMBO PRIETO C-272
JOSE MIGUEL MARTINEZ C-243
JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ HERNÁNDEZ C-22
JOSÉ PORTOLÉS C-563
JOSE RAMON BERMUDEZ C-655
JOSE SERRANO CALVACHE C-399
JOSÉ VÁZQUEZ VILLEGAS C-1052
JOSEFA ESPINACO GARRIDO C-765
JOSEFA GUERRA AREVALO C-928
JOSEFINA JARDI LLIBERIA C-202
JOSEM. GARCIA ALMEIDA C-270
JOSEP RAMOS MONTES C-243 C-376
JOSUNE RETEGUI ORMAZABAL C-1106
JÓVER CASAS JM C-43 C-92 C-100 C-307 C-311 C-477 C-629 C-630 C-734 C-975
JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ LÓPEZ C-653
JUAN ANTONIO GARCIA NUÑEZ C-311
JUAN ANTONIO LÓPEZ GARCÍA C-438 C-556 C-692
JUAN ANTONIO SARRION BRAVO C-135
JUAN BUSTAMANTE PIÑERO C-835
JUAN CARLOS ARBONIES ORTIZ E-90 C-144
JUAN CARLOS ARIAS JIMENEZ C-611
JUAN FCO MARTINEZ GARCÍA C-254
JUAN JOSE AURREKOETXEA AGIRRE C-457
JUAN L. VILLALOBOS GAMEZ C-270
JUAN LUIS DEL CASTILLO CHAVES C-566
JUAN MANUEL PEREZ DEL VOLLAR C-765
JUAN MARTINEZ LÓPEZ C-21
JUAN RIJO, G. C-898
JUAN ROCA GUISERIS C-240
JUAN RUIZ-CANELA CACERES C-893
JUAN VICENTE LLAU-PITARCH C-428
JUAN, A. C-56 C-661 C-858
JUANA MARÍA SEPULVEDA SANCHEZ E-61
JUANA MATEO RODILLA C-131
JUANA RIOS CARRASCO C-835
JUAREZ PELAEZ ELENA C-830
JÚDEZ LEGARISTI, D E-91 C-897
JULIÁN CARRIÓN J E-87 C-950
JULIAN CONEJO-MIR SÁNCHEZ C-504
JULIAN JIMENEZ CARRAMIÑANA C-128
JULIAN Mª ASENJO JIMENEZ C-404
JULIANA MARTÍNEZ ESPIÑEIRA C-272
JULIO FONTCUBERTA MARTÍNEZ C-254
JURADO BALBUENA JUAN JOSÉ E-81
JURADO PACUAL CRISTINA C-122
JURADO RUIZ I C-751
JUSTICIA RULL, E. C-94 C-340
KESSEL-SARDIÑAS H. E-29 C-552
KNIGHT RIVALTA, N C-624
KUTZ ZALDUMBIDE,M. E-49
LA BLANCA, MS C-418
LABAYEN BERAZA, F C-747
LABRADOR GÓMEZ, D. C-881
LADRON DE GUEVARA, C. C-483
LAFLOR CAROT, V. C-73 C-95
LAGARES LÓPEZ, R C-454
LAGOA ELÍAS, C E-40
LAGOS PANTOJA, E C-47 C-437 C-511 C-602
LAGUNA PARRAS, JM C-477
LAJARÍN BARQUERO B C-63
LAMIQUIZ E C-199 C-929
LAMOTE DE GRIGNON ALIFONSO E C-82
LANDALUCE LAUZURICA, JI C-219 C-603

LANDETA RODRIGUEZ JON E-86
LANZAROTE, S. C-734 C-739
LANZETA VICENTE, I. E-10
LAO PUERTAS, EM C-594
LAPUENTE TRONCOSO, JUAN LUIS C-1088
LARA FERNÁNDEZ, ROSARIO C-96 C-1105
LARA GARCÍA, C. C-586
LARA SANCHEZ, H. C-85
LARA, C C-35
LARAUDOGOITIA ZALDUMBIDE, P. C-1051
LARISA ABRAMENCO C-1041
LARRACHE ARRECHEA B C-560 C-666
LARRAÑAGA GARAIKOETXEA, N. C-167
LARRAZ, E. C-702
LARREA ARECHABALETA, I. C-65
LAS CUEVAS TERÁN I. C-796
LASA GARMENDIA M.M. C-15
LATORRE GUISASOLA, M C-247 C-359 C-747 C-967 C-981 C-1084 C-1085
LAURA GARROTE MORENO C-134
LAURA GONZÁLEZ CONDE C-976
LAX CACHO A C-83
LAZARO LOZANO, M. C-369
LEAL ALVAREZ,M C-597
LEAL LLOPIS J C-485 C-716 C-718 C-722 C-725 C-960 C-961 C-962
LEBREROS FERREIRO, R. E-48 C-741
LECHUGA MUÑOZ,M.A. C-1049
LECHUGA VARONA, T C-151
LEDESMA ROMANO M D C-674
LEDO VARELA, MT. C-375 C-755
LEGAZ HERNÁNDEZ M A C-291
LEIVA FERNÁNDEZ F E-22 C-20
LEKUONA SANZ, L. C-1042 C-1047
LEMA LORENZO, I C-606
LENA FERRÚS I ESTOPÀ C-1009
LEÓN BERTRAN N C-397
LEON MARQUEZ, M. E-95 C-113
LEÓN MUÑOZ, V. C-4 C-391 C-570 C-614
LEON NAVARRO J C-997
LEON SOTELO MEDINA, ROSA C-495
LEÓN VERGARA, M. REYES C-776 C-1031
LEÓN, J. C-470
LERMA GAUDE, V. C-768 C-956
LERMA MERINO T C-442
LERMA PEREZ, D C-848
LERTXUNDI ETXEBARRÍA, UNAX E-67
LIBRADA SANZ P. C-1055
LIDIA MARTINEZ GAMERO C-216
LIEBANAS BELLON R E-85 C-963
LILLO GARCÍA I. C-773 C-794
LIMON RAMIREZ,R E-82 C-833
LLADÓ SANS, A. C-1046
LLAMAS DEL CASTILLO, MD C-455 C-529 C-868
LLAMAS HERMOSILLA, AM C-247 C-967 C-1084 C-1085
LLANOS MENDEZ A. C-922
LLARENA CUEVAS, M. J. C-783
LLEDÓ,P. C-448
LLEDÓ-RODRÍGUEZ, R C-211 C-333 C-334
LLERANDI LARRIETY, J.J. C-153
LLOPART, JA. C-147
LLOPART, JR. C-149
LLÓPEZ GARCÍA, M.J C-208
LLORENTE PARRADO C. C-46 C-47 C-123 C-437 C-602 C-937
LLOVET HAYA, JOSÉ MARIA C-173
LLUCH FERNÁNDEZ , M. C-537
LLUÏSA TRESSERRA ALSINA C-959
LOBATO MUÑOZ, M. C-525
LOBATO TORRE,M C-640
LOBO RODRIGUEZ, Mª.T. C-474
LONGARELA A C-418
LOPERA URIBE, GE E-40
LÓPEZ ABAD, J C-231 C-280
LÓPEZ ALBIOL, MANUELA C-382 C-1018

LÓPEZ ALONSO M. D., C-650
LOPEZ ALONSO, S C-652
LOPEZ ALVAREZ MJ C-469
LÓPEZ BARBA, J. C-732
LOPEZ CAMPOS, Mª ANGELES C-495
LÓPEZ CAÑIZAREZ, M.M C-992
LÓPEZ CARLOS C-763
LOPEZ DE LIS C C-663 C-1007 C-1008 C-1021 C-1022 C-1025
LÓPEZ DE MUNAIN BERGANZO, A. C-1109
LOPEZ E C-12
LÓPEZ ESPÍNOLA J C-657
LÓPEZ EUGENIO A C-827
LÓPEZ FERNÁNDEZ, FJ C-707
LÓPEZ FERNÁNDEZ, M.C. C-427
LOPEZ FERNANDEZ, M.T. C-348 C-384 C-1079
LÓPEZ GALLEGO, M.J. C-840
LÓPEZ GARCÍA, Mª R. C-220
LOPEZ GARCIA,E.* C-65
LÓPEZ GÓMEZ, C C-188 C-309 C-754
LÓPEZ GUTIÉRREZ M.J C-623
LÓPEZ HERNÁNDEZ, EVA C-636
LOPEZ HURTADO,B C-378
LOPEZ IBAÑEZ, M. C-1036
LÓPEZ IBORT, N. C-466 C-643 C-812
LOPEZ LACOMA J.C. C-118 C-295 C-1075
LÓPEZ LEÓN, A. C-749
LOPEZ LOPEZ E C-960 C-961 C-962
LÓPEZ LÓPEZ, M. C-4
LÓPEZ LÓPEZ, Mª D. C-413
LÓPEZ LOZANO, M.A. C-112
LOPEZ MARQUEZ CARMEN C-851
LOPEZ MARTIN, E. C-482 C-826 C-1020 C-1026
LOPEZ MARTINEZ A E-85 C-647
LÓPEZ MARTÍNEZ I C-291
LOPEZ MARTINEZ, C C-1017
LÓPEZ MARTÍNEZ, JM C-219
LÓPEZ MONTERO, A. M C-677
LÓPEZ MORENO, MD C-584
LOPEZ NOGUERA,D. C-165 C-782
LÓPEZ ORENES, A. C-714
LOPEZ ORTIZ, M. E-32
LOPEZ PALACIOS, S. C-309 C-754 C-757
LÓPEZ PALOMO, I. C-1087
LOPEZ PARRA, E C-232
LÓPEZ PICAZO M.T C-446 C-803
LÓPEZ RADEL, M.D. C-700
LOPEZ RAMIREZ, E C-19 C-78 C-275 C-410 C-411 C-605 C-785 C-1030
LÓPEZ REDONDO, R C-1074
LOPEZ RODRIGO, C. C-158
LÓPEZ ROJAS, G. C-499
LÓPEZ RUIZ A C-233
LOPEZ SANCHEZ R C-17
LOPEZ SANCHEZ, T. C-972
LÓPEZ SANTO, I C-676 C-679
LOPEZ SANTOS, JOSEFINA C-802
LÓPEZ TINOCO, CRISTINA C-906
LÓPEZ VALVERDE Mª ÁNGELES C-159
LOPEZ VEGA, F.J. C-853
LÓPEZ VELA, M E-77
LOPEZ VILLANUEVA, M. C-1043
LÓPEZ VIÑAS, M. LL . E-97
LOPEZ, C C-126
LÓPEZ, L. C-68 C-69
LOPEZ, M.J. E-101
LÓPEZ-ABELOA, G E-79
LÓPEZ-ÁLVAREZ, X. C-66
LÓPEZ-CUERVO DERQUI,R C-686
LÓPEZ-FE MORENO JOSÉ LUIS C-763
LÓPEZ-IBORT, N C-940
LOPEZ-MILLAN INFANTES, JM. C-18 C-76 C-296 C-298
LÓPEZ-PALMERO S. E-29
LÓPEZ-SORIANO F C-63

LÓPEZ-VIÑAS, M. L.	C-896							
LORCA GONZÁLEZ M J	C-827							
LORENA FLAVIA RODRIGUEZ GIJON	C-649							
LORENTE RUIZ, A.	C-852	C-853						
LORENTE TEN, E.	C-322	C-324	C-924	C-1046				
LORENZO MARTINEZ, S.	E-84	E-3	C-36	C-39	C-133	C-262	C-303	C-547
LORENZO ORTEGA TRUJILLO	C-311							
LORENZO TORRENT R	C-266	C-491	C-492					
LORENZO VILLAR, A.	C-352	C-1070						
LORENZO ZAPATA,T	C-803							
LORENZO, S	C-35							
LORIS PARDO, CÉSAR	C-636							
LOSADA RUIZ, MC	C-899							
LOSADA, B.	C-403							
LOSPITAO GÓMEZ, S.	C-788	C-808						
LOUBNA MEZOIRE	C-1052							
LOURDES ARTEAGA PEREZ	C-512							
LOURDES DURAN GIMENEZ-RICO	C-428							
LOURDES PADILLA ROMERO	C-270							
LOZANO BALLESTER, MJ	C-1043							
LOZANO GRAUPERA, N.	C-27							
LOZANO GUADALAJARA, J.V	C-208							
LOZANO HERRERA, JM	C-471							
LOZANO MERIDA R.	C-1065							
LOZANO RODRIGUEZ-MANCHEÑO, A	C-379							
LOZANO TORRES, E.	C-357							
LOZANO, P.	C-1							
LUACES GAYÁN Mª ARANZAZU	C-644							
LUBIAN, S	C-126							
LUCAS CAÑABATE,S	C-524							
LUCAS RODRIGUEZ, C.	C-569							
LUCAS SALMERÓN, MG.	C-445	C-672						
LUCAS, FRANCISCO	C-514							
LUCIA HENAR ESTERAS	C-329							
LUCIA ZARZA CHAVEZ	C-440							
LUENGO ALARCIA, MJ.	C-364							
LUENGO SANCHEZ-PANIAGUA, TRINIDAD.	C-778							
LUENGO, T.	C-831							
LUIS ARANTÓN AREOSA	C-272							
LUIS DÍAZ DE LA LLERA	C-316							
LUIS FLORES CABALLERO	C-404							
LUIS G. LUQUE ROMERO	E-39	C-278						
LUIS GABRIEL LUQUE	C-566							
LUIS GARCÍA, AI.	C-789							
LUIS MUTIO ZALACAIN	C-86							
LUIS SANCHEZ PERRUCA	C-115	C-128						
LUIS VEGA LÓPEZ	C-115							
LUJANO ARENAS, A	C-232							
LUNA CABRERA, F.	C-94	C-340						
LUPIÁÑEZ BUENO, C	C-533							
LUPIAÑEZ BUENO, L.	C-141							
LUPIAÑEZ PEREZ YOLANDA	C-168	C-396						
LUPIÓN MENDOZA, CARMEN	C-802							
LUQUE AMADO C	C-613	C-723						
LUQUE GARCIA S	C-143							
LUQUE GUZMAN, C.	E-95	C-113						
LUQUE LOPEZ,C	C-223							
LUQUE RIBELLES, V.	C-357							
LUQUE ROMERO L	C-301							
LUQUE ROMERO, LG	C-353							
LUQUIN MARTÍNEZ, R.	C-362							
LUZÓN GARCIA, P.	C-799							
LYDIA MOMPEL IGLESIAS	C-987							
LYONEL GOMEZ SEREY	C-974							
Mª ANGELES CASTAÑO MOLINA	C-438							
Mª ANGELES DE MIGUEL ABANDO	E-23							
Mª ANGELES LÓPEZ CABELLOS	E-23							
Mª ÁNGELES RODRÍGUEZ-NAVARRO	C-876							
Mª ASUNCION RUIZ DE GALARRETA ZUBILLAGA	C-457							
Mª CARMEN GÁLVEZ CONTRERAS	C-22							
Mª CARMEN GARCIA PEÑA	C-518							
Mª CARMEN LOPEZ GALIANO	C-475							

Mª CELIA MARCOS ALOR C-489 C-842 C-843 C-1059
Mª CRUZ CHOCARRO C-294
Mª DE LA LOMA SEGARRA CAÑAMARES E-6
Mª DE LOS ÁNGELES MORENO C-563
Mª DEL CARMEN GAGO GÓMEZ C-557 C-563
Mª DEL CARMEN SAUCEDO FIGUEREDO C-335
Mª DEL MAR ANDRÉS VÁZQUEZ C-557 C-563
Mª DEL MAR PLEITÉ AMIEVA C-206
Mª DOLORES DE DAMBORENEA GONZALEZ C-90
Mª DOLORES DE ANCA SALCEDO C-543
Mª DOLORES MARTÍN ARTACHO C-510
Mª DOLORES SÁNCHEZ IZQUIERDO E-15
Mª ELENA ARRANZ DE ANDRÉS C-557
Mª EUGENIA PINAR GARCÍA C-703
Mª FERNANDA RAPOSO TRIANO C-928
Mª ISABEL ALFONSO CORTÉS C-619
Mª ISABEL DOTOR GRACIA C-575
Mª ISABEL MORENO GARCÍA C-206
Mª JESÚS PARDO DIEZ C-619
Mª JOSE ARMALE CASADO C-317
Mª JOSÉ CALAHORRO PUERTO E-23
Mª JOSE MEDINA CORPAS C-991
Mª JOSÉ MUÑOZ FRANCO C-567
Mª LUISA GOMEZ RÁBAGO C-289
Mª LUISA LOZANO DEL HOYO C-317
Mª LUZ MANCHA PARRILLA C-611
Mª MILAGROS PRIETO GUERRERO C-543
Mª PAZ CASAS C-252
Mª PAZ LILLO RUBIO C-557
Mª PAZ RAMOS HERNANDEZ C-174
Mª ROSA MAGALLÓN BOTAYA C-818
Mª ROSARIO CASAS DÍAZ C-162
Mª SOL ZUZUARREGUI GIRONES C-101
Mª SOLEDAD GIL GABARRÓN C-557
Mª TERESA REDONDO MARTÍN C-775
Mª TERESA SANZ BAYONA E-23
Mª TERESA SOTO C-269
Mª VICTORIA CAMACHO REINA C-991
Mª VICTORIA REQUENA TORO C-270
Mª YOLANDA MORILLO ALEJO C-475
Mª. TERESA MARTINEZ ROCAMORA C-973
MACARENA CASADO MUÑIZ C-216
MACHADO RAMIREZ, F. C-1079
MACÍAS PÉREZ, I C-34
MACIAS RAMIREZ, C C-394
MACIAS ROMERO, I. E-32
MªCRISTINA GARCIA C-546
MªDEL MAR SAEZ PLAZA C-252
MADRID, MIGUELA C-230
MADRIGAL DE TORRES, M E-65
MADRIGAL PARRADO, J.I. C-32 C-33 C-183 C-427
MAGÁN TAPIA, P C-244
MAGAÑA HERNÁNDEZ, L C-594
MAIRENA VALDENEBRO,M.J. E-49
MAITE LARRINAGA LLAGUNO C-1081 C-342 C-480 C-489 C-842 C-843 C-1059
MAIZ JIMENEZ M C-613 C-618 C-723 C-983
MALDONADO CASTILLO, JOSÉ RAMÓN C-742
MALDONADO VILLEGAS, C C-714
MALILLOS PEREZ, D C-280
MALLO FERNÁNDEZ, J.Mª C-276
MALO DE MOLINA MD C-596
MANCHA PARRILLA, ML E-41 E-68 C-770
MANEL SALCEDO TREVIÑO C-959
MANENT L. C-715
MANJÓN ORTEGA MARÍA DEL CARMEN C-319
MANOLO ROMERO JURADO C-975
MANRIQUE , ANTONIA C-173
MANSILLA ROMERO, AM C-587
MANTERO MUÑOZ A C-170 C-486 C-1002 C-1080
MANUEL BAYONA GARCÍA C-278 C-889
MANUEL CARLOS CID GONZÁLEZ E-39
MANUEL CASTILLA MARTINEZ C-683

MANUEL FERNÁNDEZ MIERA C-567
MANUEL FLORES MUÑOZ E-39 C-278
MANUEL GARCIA RAMIREZ C-197
MANUEL MORILLA GARCIA C-933
MANUEL PUERTO FERNANDEZ C-239
MANUEL RAMOS DIAZ C-928
MANUEL REVUELTA ZAMORANO C-836
MANUEL ROMERO JURADO C-92
MANUELA BONILLO C-98
MANUELA GASSO CAMPOS C-307
MANZANARES CAÑIZARES, R. C-1064
MANZANO ANGUAS, JM. C-263
MANZANO MI C-797
MANZANO SOLÍS, ANTONIO C-89
MANZANO, A. C-823
MANZANO, Mª VICTORIA C-562
MAQUEDA MADRONA P C-332
MAR GARCIA FRANCO C-243
MAR MEDINA, J. E-26
MARCELA PEDERNERA AYEN C-187
MARCH CERDÁ JC C-117 C-986
MARCO LAMATA M.LUISA C-1016
MARCOS MARTIN, T. C-482 C-826 C-1020 C-1026
MARECA DOÑATE, R C-401 C-620 C-704 C-1023
MARFIL MARTÍNEZ, E. C-627
MARGALEF PALLARES,F C-72
MARIA ANTONIA LOPEZ MORENO C-240
MARIA ANTONIA VAREZ PASTRANA C-882
MARÍA ASUNCIÓN CISNEROS IZQUIERDO C-329
MARIA ASUNCIÓN ZAMORA FORNALINO C-566
MARIA CARMEN MARTÍN CEGARRA C-45
MARIA CARMEN SIRVENT C-559
MARIA CARMEN VELASCO BEDMAR C-45
MARIA CRISTINA GARCIA C-559
MARÍA DE LAS NIEVES MUÑOZ DE LA NAVA CHACÓNC-861
MARÍA DE LOS ÁNGELES GIMÉNEZ ABADÍA C-134
MARÍA DE LOS SANTOS VERA PIÑERO C-341
MARIA DOLORES CRUZ RODRIGUEZ C-216
MARIA DOLORES GUILLEN GARCIA C-790
MARÍA DOLORES LLAMAS DEL CASTILLO C-889
MARIA DOLORES MUÑOZ SANCHEZ-REYES C-399
MARÍA DOLORES SÁNCHEZ MIRALLLES C-902
MARIA ELISA BAÑUELOS C-342 C-1081
MARÍA ESCUDERO CARRETERO C-1067 C-1068
MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA C-197 C-216 C-217 C-604
MARIA EVA MINGOT CASTELLANO C-419
MARIA ISABEL DE LA TORRE NAVARRO C-648
MARIA ISABEL FUENTES GARCIA C-933
MARÍA ISABEL TAMAYO-VELÁZQUEZ C-343
MARIA JESUS ALBAR MARIN C-197 C-217 C-604
MARIA JESÚS PABLO BERNABEU C-311
MARIA JOSE COLOMINA SOLER C-428
MARÍA JOSÉ DOMINGUEZ NÚÑEZ C-889
MARIA JOSE GARCÍA C-845
MARÍA JOSE MEDINA CORPAS C-307
MARÍA JOSÉ MOLERO PARDO C-331
MARÍA JOSÉ REBOLLO FRIAS C-311
MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ C-341
MARIA JOSEP PLANAS C-989
MARÍA LUISA MARÍN ALCÓN C-590
MARIA LUISA MEDINA MEDINA C-45
MARIA LUISA OÑA MENDEZ C-342 C-1081
MARÍA LUZ PAGONESSA DAMONTE C-861
MARIA NURIA PALMERO HERNANDEZ E-6
MARIA PILAR GALARZA PEÑA C-342 C-1081
MARÍA REYES TELLO MARTÍN C-329
MARIA SANJURJO SAEZ C-649
MARIA TERESA ANTÓN CANTERA C-335
MARIA TERESA BREA RUIZ C-893
MARÍA TERESA ORTEGA MAJÁN C-329
MARÍA VALLEJO DÍAZ C-335
MARIA VICTORIA CAMACHO REINA C-307

MARIA VICTORIA CRESPO TORRES C-648
MARIANO CASADO LÓPEZ C-115
MARIANO RUIZ BORRELL C-229
MARIBEL VARGAS C-559
MARIGROS PRIETO GUERRERO C-285
MARÍN ANDRÉS, GM C-899
MARÍN GÁMEZ NICASIO E-29 C-552
MARÍN GARCIA, MT. C-672
MARÍN GUERRERO, A.C. C-259
MARIN HERNANDEZ, F.J. C-80
MARIN J. C-633 C-634
MARÍN LEÓN, I. C-580
MARIN MARIN AJ. C-171
MARÍN MORCILLO,MA. C-907
MARÍN TEJERO, MARÍA C-382 C-1018
MARIN TRILLO, P C-1098 C-1113
MARINA ÁLVAREZ C-481 C-825
MARINA GOMEZ ARCAS C-696 C-698
MARINÉ CATASUS, J C-759
MARINERO ROJAS, O C-2 C-3 C-306 C-418
MARIÑO FERNÁNDEZ, B. C-153
MARISA DOTOR GRACIA C-1090
MÁRQUEZ CRUZ, MD C-707
MARQUEZ ENCINA, M C-381
MARQUEZ GALÁN,M. C-622
MARQUEZ PASTOR, FJ. C-129
MARQUEZ PEREA I C-380
MARRERO RODRIGUEZ,F C-31
MARTA BARAHONA ORPINELL C-45 C-1108
MARTA CLEMARES DE LAMA E-7
MARTA GRACIA RUIZ C-70
MARTA MORATILLA MARTINEZ C-632
MARTA ROSELL C-559
MARTA SANTAMARÍA OLABARRIETA E-7 C-213
MARTA SERRANO RAMOS C-1077
MARTA VAZQUEZ VAZQUEZ C-834
MARTI CARRASCO, N C-779
MARTÍ MUÑÓN, F. J. C-918
MARTI USON, R. C-482 C-826 C-1020 C-1026
MARTIALAY MARTINEZ, V C-381
MARTÍN ACERA S C-61
MARTÍN AFÁN DE RIVERA, J.C. C-918
MARTIN ALCALDE, J C. C-1082
MARTÍN ÁLVAREZ, M.D. C-821
MARTIN ARAUJO, A. C-73 C-95
MARTIN AURIOLES, ED. C-203
MARTIN BERRIDO, M. C-176 C-923
MARTIN CASAUX J C-346
MARTÍN DE ROSALES CABRERA AM C-792
MARTIN ESPARTERO R. J. C-937
MARTIN FERNANDEZ F.J. C-380
MARTÍN GARCÍA D. C-193
MARTÍN GARCÍA, R C-526
MARTÍN GARCÍA, S. C-950
MARTÍN GARCÍA, SM E-88
MARTÍN GONZALEZ, V. C-32 C-33 C-183 C-427
MARTIN HERRANZ MI C-953 C-954 C-1003
MARTIN LOPEZ, A. E-10
MARTIN LOZANO, R. C-413
MARTÍN LUIS MARÍA C-936
MARTIN MADRAZO, C. C-555
MARTIN MALDONADO, JL E-5 C-313
MARTÍN MÁRQUEZ, A C-526 C-737
MARTIN MARTIN, M.A. C-487
MARTÍN MEDINA MUÑOZ C-653
MARTIN MERINO, G C-606
MARTÍN MONTAÑÉS, M C-6
MARTÍN MUÑOZ, O. C-729 C-731
MARTIN NAVASCUÉS F C-560 C-666
MARTÍN PASCUAL, N C-669
MARTIN PEÑUELA, E.M. C-901
MARTÍN PERLES, R. C-325 C-326 C-880

MARTIN ROMERO,MR.	C-368	
MARTIN RUBIO, M.M.	C-1004	
MARTIN RUBIO, MAR.	C-28	
MARTÍN RUBIO,M.I.	C-1049	
MARTÍN RUDILLA, F.	C-977	
MARTIN SANTOS, FJ	C-1115	
MARTÍN TEJEDOR	C-825	
MARTÍN VEGA, A	C-784	
MARTIN VELASCO, O.	C-503	
MARTIN ZURIMENDI, JA.	C-114	C-1095
MARTIN. A	C-35	
MARTINA PRADA PEÑA	C-453	C-671
MARTÍN-CARRILLO DOMÍNGUEZ,P.	C-767	
MARTINES IBAÑEZ V	E-8	
MARTINEZ AB	C-402	
MARTINEZ ALBALADEJO, Y.	C-725	
MARTINEZ ÁLVAREZ, A	C-417	
MARTINEZ ARGUELLES, B	C-390	C-898
MARTÍNEZ ARTERO A.	C-38	
MARTÍNEZ B	C-104	
MARTINEZ BLANCO, J	C-224	
MARTINEZ BLAZQUEZ, A.	C-570	
MARTÍNEZ BRANDE E	C-276	
MARTINEZ CABALLERO, ML.	C-445	C-672
MARTINEZ CABRERA BELEN	C-122	C-181
MARTINEZ CARAZO, C	C-531	
MARTÍNEZ CARRILLO, J. A.	C-352	C-1070
MARTÍNEZ CLARET, D.	E-47	
MARTINEZ CORBALAN, JT.	C-716	
MARTINEZ CUADRA.D	C-1055	
MARTÍNEZ DE LA PEÑA, MªJ	C-764	
MARTINEZ DE VELASCO, A	C-119	
MARTÍNEZ DEL ÁGUILA, M.C.	C-304	
MARTÍNEZ DEL CAMPO, M.	C-583	
MARTÍNEZ DÍAZ DE ARGANDOÑA, CONCEPCIÓN	C-504	
MARTINEZ FAURE, J.	C-73	C-95
MARTÍNEZ FERNÁNDEZ E	C-245	
MARTÍNEZ FERREIRO V.	C-829	
MARTÍNEZ FLORES, S.	C-474	
MARTINEZ GAMELLA A	C-332	
MARTINEZ GARCIA J.F.	C-118	
MARTÍNEZ GARCÍA Mª DOLORES	C-515	
MARTÍNEZ GARCÍA, J.	C-120	
MARTÍNEZ GARCÍA, J. F.	C-935	C-1075
MARTINEZ GARCÍA, M.	C-853	
MARTÍNEZ GARCÍA, R	C-639	
MARTINEZ GUILLEN, R	C-150	
MARTÍNEZ HOLGUIN, M.	C-415	
MARTINEZ HUESCAR M	C-963	C-965
MARTINEZ INFANTES A.M	C-793	
MARTINEZ IZQUIERDO M T	C-397	
MARTINEZ JIMENEZ E.M.	C-773	C-794
MARTINEZ JIMENEZ, E	C-1053	
MARTÍNEZ JIMÉNEZ, M. A.*	C-1045	
MARTÍNEZ LAREO, M.	C-637	
MARTINEZ LOPEZ A	E-51	
MARTÍNEZ LÓPEZ, C.	C-138	
MARTINEZ LÓPEZ, PILAR	C-287	
MARTÍNEZ LORENZO, A	C-524	
MARTINEZ MAESTRE, MA.	C-904	
MARTINEZ MARIN, R	C-878	
MARTINEZ MARTINEZ T	C-383	
MARTINEZ MARTINEZ, L.	C-783	
MARTINEZ MARTINEZ, P	C-51	
MARTINEZ MATIENZO I	C-564	C-588
MARTÍNEZ MENÉNDEZ, MA	C-390	
MARTINEZ MILAN, J.	C-56	
MARTINEZ MONTOYA, JA.	C-84	
MARTÍNEZ MOYANO, A	C-463	
MARTINEZ MUÑOZ, MONTSERRAT	C-96	C-1105
MARTÍNEZ NIETO, J.M.	C-218	C-236
MARTINEZ OLIVARES, MA.	C-165	C-782

MARTINEZ OROZCO,M.A. C-378
MARTINEZ OROZCO,T. C-205
MARTINEZ PIEDROLA, MAGDALENA. C-778
MARTÍNEZ PLATA, JE C-462 C-554
MARTÍNEZ QUESADA, M. C-685
MARTINEZ RAMOS,L C-388
MARTÍNEZ REINA, A. E-76 C-609
MARTÍNEZ REPISO, E. C-844
MARTINEZ ROCAMORA M D C-827
MARTINEZ RODRIGUEZ, H C-471
MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, J.M. C-592
MARTÍNEZ SÁNCHEZ R C-363
MARTÍNEZ SÁNCHEZ, MI C-81 C-74 C-581
MARTINEZ SORIANO, G. C-29
MARTINEZ VAZQUEZ,A. C-719
MARTÍNEZ VÉLEZ, F.J. E-19
MARTÍNEZ VILLEGAS, J.J. C-234
MARTINEZ, C. C-69 C-68
MARTINEZ, F.M. C-832
MARTÍNEZ, M. C-831
MARTÍNEZ, P C-1056
MARTÍNEZ-CLARET,D.* C-668
MARTÍNEZ-ORTEGA MC E-3 C-288 C-133
MARTIN-GIL PARRA, R C-750
MARTIN-MAESTRO POLO, P. C-1064 C-1104
MARTÍN-RODRÍGUEZ MD C-519 C-591 C-545 C-66
MARTÍN-SANCHEZ, E C-333 C-334
MARTOS ALCALDE, M. C-395
MARTOS MORENO, R C-526
MARTOS PÉREZ F C-233
MARTOS, A. C-734 C-739
MARZAL TORRENT, L. C-1062 C-920 C-1061
MARZO ARANA J C-61
MARZO, C. E-101
MÁS A. C-746
MÁS CASTILLO, A C-490 C-488
MAS CEBRIAN, E C-231 C-309 C-280
MAS RUBIO D C-412
MASSAGUES, M C-1046 C-955
MASSE GARCIA, M. C-904
MATA MARTÍNEZ-RAGA P. C-502
MATA PEON, E C-390
MATAS JIMENEZ,A C-516 E-72
MATEO RUIZ, C C-265
MATEO, ENRIC C-230
MATEOS GAUTIER, JM C-241
MATEOS RUBIO J. C-822
MATÍAS GARCÍA VARGAS C-419
MATILDE CALERO FERNÁNDEZ C-575
MATILDE OSUNA CORREDERA C-765
MATTHIES BARAIBAR, M.C. C-292 C-26
MAYMÓ PIJUAN ,N C-62
MAYO CABEZA, R. C-841
MAYO SATURNO MARCOS C-876
MAYOL CANAS, J. E-27
MAYORAL S C-336
MEDIAVILLA DURANGO, M. C-517
MEDINA ÁLVAREZ, J.C. C-11
MEDINA CARMONA JA C-246
MEDINA CARMONA, JA C-168 C-396
MEDINA GALERA, JUAN C-173
MEDINA I MIRAPEIX, F E-64
MEDINA MORENO, DIEGO E-33
MEDINA REINA, A. C-788 C-808
MEDINA RODRIGUEZ, A C-381
MEDINA-MIRAPEIX, F E-57 C-521
MEDINO MUÑOZ, J. C-1027
MEDRANO ORTEGA, F. J. C-580
MEJÍA MI C-797
MEJÍAS RUIZ, M. C-844
MEJÓN BERGÉS R E-8
MELCÓN A. C-797

MELERO JIMENEZ, V. C-59
MELGUIZO MOYA, I. C-881 C-936
MENA CABEZA, G C-394
MENA POSTIGO, MI C-451
MENA RAPOSO, J C-241
MENCHÉN TABASCO,MC C-530
MENDEZ ARROYO, MV. C-44
MÉNDEZ PÉREZ, L E-40
MENDOZA CORRO, M. C-73 C-95
MENDOZA RUIZ C C-564 C-588
MENÉNDEZ DE LEÓN, C. C-892
MENÉNDEZ MARTÍNEZ, J.C. C-153
MENENDEZ MD* E-45 E-63 E-75 C-402
MENGÍBAR GARCIA, Y. C-423 C-1046
MENTXAKA ALDABASOLO, GORKA E-67
MERAYO ALONSO, LA. C-76 C-296 C-298
MERCEDES ACEBAL C-481
MERCEDES JABALERA E-55 C-989
MERCEDES PAGE HIGUERAS C-557
MERCEDES RODRIGUEZ RODRIGUEZ C-567
MERCHAN BILBAO, A. C-441
MÉRIDA DE LA TORRE FJ C-279 C-451 C-542 C-759
MERINO ROMERO, J. C-207 C-496
MERINO VEGA JAVIER C-444
MEROÑO FAULÍ , SANDRA C-173
MERYAO ALONSO, LA. C-18
MESA CANO, MARIA JOSÉ C-539
MESA DEL CASTILLO PAYÁ, C. C-762
MESA RUIZ, AM. C-74 C-81 C-581
MESA SOME, Mª C-137
MESAS RODRIGUEZ,A C-223
MESQUIDA GARRIDO, F. E-93 C-993
MESSEGUER BARROS, CM E-71 C-265 C-846
MEZO OCHOA, MARÍA C-319
MGUELES GUERRERO, M. C-877
MICÓ-REYES, ELO E-17
MIGUEL ÁNGEL JULVE GARCÍA C-861
MIGUEL ANGEL ULACIA BEGUISTAIN C-90
MIGUEL ANGEL VILCHES FERRON C-399
MIGUEL BEJAR LOPRZ C-698
MIGUEL MARTINEZ DEL CAMPO C-187
MIGUEL ROYO SERRANO C-317
MIGUEL RUIZ MARIN E-65
MIGUEL SAPELA, G C-897
MIGUEL ULIBARRENA SAINZ C-457
MIGUEL VILA-SANCHEZ C-428
MIJAN ORTIZ J.L. C-909
MIKEL ESCALANTE BOLEAS C-213
MILAGROS BERNAL MEDINA C-1018
MILAGROS RICO BLAZQUEZ C-115
MILIÁN CEPRIÀ, S C-62
MILLAN BRAVO FATIMA C-182
MILLAN CARRASCO, A. C-210
MILLAN CASADO, M C-77 C-88 C-91 C-116 C-372 C-713
MILLAN GONZALES ESTHER C-122 C-124
MILLÁN ORTUONDO, E C-447 C-934
MILLÁN PÉREZ,JJ C-530
MILLANES GALLINAT, P. E-74
MILLASTRE BOCOS J C-70
MINCHÓN HERNANDO, ANTONIO C-89 C-539
MINGO FERNÁNDEZ E. C-93
MINGUET ARENAS, C. * C-23
MINGUILLÓN CEBRIAN, CARME E-16 C-68
MIÑARO DEL MORAL, RM E-94 C-77 C-88 C-116 C-175 C-372 C-675 C-713
C-727 C-942 C-1011
MIÑARRO DEL ROSAL, R. C-91
MIÑO MORA M. C-1114
MIRA, JJ C-35
MIRALLES MARTÍNEZ, RM C-526
MIRANDA LOPEZ, CLARA. C-569
MIREIA SANS E-90
MIRIAM BERRIO BERNABÉ C-1033

MIRO GARCIA, DOLORS E-16
MISERICORDIA BASORA-MACAYA C-428
Mº CARMEN MARTINEZ PASCUAL C-696 C-698
MOHEDANO A C-77 C-91 C-372 C-713
MOLERO PARDO, M.J. C-1087
MOLERO PEREZ B. C-560 C-666
MOLINA ARAGONES, JM. C-1061 C-1062
MOLINA BRITO, L C-275
MOLINA COLL, P. C-1010 C-1029
MOLINA LUQUE A C-494 C-751
MOLINA MARTINEZ,S C-710
MOLINA MENDOZA, P. C-164
MOLINA MÉRIDA, O C-125 C-141 C-534
MOLINA ROMERO, C. C-841
MOLINA RUIZ A C-412
MOLINA RUIZ DEL PORTAL, JM. C-737
MOLINER J E-91 C-980
MOLINER PRADA, C C-226
MOMPEL IGLESIAS, L. C-260
MOMPÓ AVILÉS, C. C-994
MONASTERIO VICENTE, F. C-1051
MONDELO LOPEZ, B. E-30 C-249
MONFORTE CIRAC M.LUISA C-1014
MONGE MARTÍN DIANA C-60
MÒNICA BALLESTER ROCA C-987
MÓNICA FERNÁNDEZ QUERO C-229 C-316
MONICA RODRIGUEZ BOUZA C-573
MONROY MORCILLO A C-349 C-1015
MONROY MORCILLO A. C-59
MONTALVO GUTIÉRREZ A C-276
MONTAÑA RADUÀ, R. E-69
MONTAÑEZ HEREDIA E C-577
MONTE PUJOL, M.D. C-1004
MONTEAGUDO, V., C-702
MONTEIS J C-10
MONTEJO GONZALEZ, JC C-392
MONTEJO GUTIERREZ. MONSERRAT C-319
MONTENEGRO ACERO, E. C-855
MONTERO BALOSA, E * C-323
MONTERO BALOSA, MC. C-857
MONTERO CAMAS, DOLORES C-382 C-1018
MONTERO CANTERO JL C-267 C-847
MONTERO FRANCO, M C-816
MONTERO GONZÁLEZ, ISABEL MARÍA E-33
MONTERO PEREZ, F. J. C-97 C-281
MONTERO REYES, T. C-435
MONTERO ROMERO,E. C-686
MONTERO TORREJÓN, JC C-353
MONTERO, GEMA ROCIO. C-181
MONTES MONTES, MR C-150
MONTES PEÑA, M. C-150
MONTIEL SALDAÑA, M C-605
MONTIEL TRUJILLO, A C-191
MONTILLA LOPEZ, MC. C-589 C-804
MONTORO RUIZ, R. C-865
MONTOYA MOLINA, P. C-1002
MONTOYA MUÑOZ, MJ. C-627
MONTSERRAT HERNANDEZ PASCUAL C-135
MONTSERRAT MONGE GIMENO C-45 C-1108
MONTSERRAT TORIBIO PRIETO C-376
MONZÓ NUÑEZ E. C-773
MONZÓ NÚÑEZ ELISABET C-794
MOÑITA BLANCO, A. C-152
MORA BANDERAS,A. C-625
MORA CASTELLANO, D C-694
MORA LOURIDO, C. C-242 C-250 C-266
MORA MORILLO, J.Mª C-137
MORA NAVARRO G C-102 C-106 C-276
MORA VALLELLANO JOSEFA C-1057
MORA,F E-21
MORAL PEREDA, ROGER C-409
MORALES ASENCIO, JM C-1035

MORALES BUENO, L	C-737		
MORALES CUENCA, N	C-527		
MORALES E	C-39		
MORALES GONZÁLEZ, MJ	C-74		
MORALES LÓPEZ, A	C-542		
MORALES LÓPEZ, R.	C-362		
MORALES MOLINA, JA	C-462	C-554	C-684
MORALES ORTEGA, L.	C-925		
MORALES PRIETO, JM.	C-357		
MORALES SUÁREZ, E	C-103	C-479	C-624
MORAN SANCHEZ, A.J.	C-1079		
MORÁN SÁNCHEZ,S	C-16		
MORAN VALLE,I	C-201		
MORANO BÁEZ, R.	C-593		
MORCILLO MUÑOZ, Y.	C-781		
MORCILLO PALACIOS, P.	C-1043		
MORCILLO PLAZA, JA	C-939	C-948	
MORCILLO RÓDENAS, C.	C-540	C-627	C-1069
MORCILLO, A.	C-403		
MORENILLA MORALES, MT	C-384		
MORENO BARBA,C	C-803		
MORENO C.	C-552		
MORENO CAMPOY, EE	C-759	C-850	
MORENO CAMUÑEZ,F	C-25		
MORENO CAYETANO, I.	E-20		
MORENO CHAPARRO SÁNCHEZ, MM.	C-1073		
MORENO CONTONENTE, S	C-280		
MORENO DE LA HIDALGA M.	C-424	C-425	C-430
MORENO ESCOBAR, E	C-471		
MORENO GARCÍA, C.	C-579		
MORENO GARCÍA, F.	C-79		
MORENO GARCÍA, M.	C-865		
MORENO GÓMEZ N.	C-1086	C-1089	C-1091
MORENO LÓPEZ,M	C-601		
MORENO MARTÍN, G.	C-887		
MORENO MARTIN, J.	C-80		
MORENO NOCI M.	C-558		
MORENO NÚÑEZ, P	C-1093		
MORENO ORTIZ, A.	C-164		
MORENO PAREDES P	C-740		
MORENO PÉREZ, M.	E-41	C-694	
MORENO PÉREZC	C-313		
MORENO RUIZ,I.	C-907		
MORENO SALAS,E.	C-205		
MORENO SANCHEZ, MD.	C-522		
MORENO SOBRINO JC	C-777	C-983	
MORENO VALERO, MA.	C-84	C-277	C-997
MORENO VILLAR A.	C-561	C-578	
MORENO, J.M.	C-339		
MORET, LL.	C-194		
MORILLAS CASTILLO, M.	C-1061	C-1062	
MORO CASUSO, I.	C-114	C-441	
MORÓN MERCHANTE, J	C-784	C-830	
MOROTE JIMÉNEZ, F.	C-970		
MOSTAZO MUÑOZ ANTONIO	C-122	C-124	
MOURE FERNANDEZ L*	C-442		
MOYA GIL, A	C-768		
MOYA GÓMEZ P	C-822		
MOYA I,	C-461		
MOYA RODRÍGUEZ, R	C-589		
MOYA SUÁREZ, A.B.	C-499		
MOYA VALERO, J	C-185		
MOYANO DIAZ, S	C-303		
MOYANO JIMÉNEZ, O.	C-586	C-918	C-1080
MOYANO PRIETO, INMACULADA	C-506		
MOZO, N.	C-702		
MOZOTA J	E-91		
MUIÑO BOVÉ, I	C-324	C-924	C-955
MULA JULIA, A.	C-900		
MULA SUÁREZ F.	C-857		
MUNTANER L.	C-7		
MUÑOZ ALONSO,A	E-72		

MUÑOZ BODEGA,E. C-640
MUÑOZ CASTRO, FJ. C-663 C-1007 C-1008 C-1021 C-1022 C-1025
MUÑOZ CLAROS, A C-723
MUÑOZ CONDE, M C-121 C-534
MUÑOZ CORTE R C-857
MUÑOZ DE MIGUEL, C. C-913
MUÑOZ DIAZ, E. C-473
MUÑOZ F. C-7
MUÑOZ GARCÍA, M C-947
MUÑOZ GARCÍA, MªM E-88
MUÑOZ GONZÁLEZ JJ C-102
MUÑOZ GONZÁLEZ, A. C-391
MUÑOZ GONZALEZ,JJ C-106
MUÑOZ LANZAS,MC. C-368
MUÑOZ RONDA,F C-1115
MUÑOZ RUIZ, MARIA EVA C-1028
MUÑOZ SANCHEZ, M. C-522 C-1043
MUÑOZ TRIANO, E. C-281
MUÑOZ UREÑA A. C-118
MUÑOZ-GARCÍA A C-264
MURCIA ALEMAN, T C-51 C-52
MURCIA FLORES, L. C-111
MURCIA SÁNCHEZ, ELENA C-656
MURILLO CABEZAS, F. C-156 C-157
MURILLO FERNÁNDEZ M.A. C-844
MURILLO PÉREZ, C. C-867
MURPHY, E. C-1118
MURUA ARRIZABALABA, A. C-828
MURUA NAVARRO. FLORA C-321 C-1088
NABAL VICUÑA MARÍA C-297
NACLE LÓPEZ I. C-561 C-578
NAGORE GALLEGO GONZALEZ C-342 C-1081
NARANJO MORENO, D C-932
NARANJO TORRES, A. E-78
NARBONA RODRIGUEZ, F.J. C-942
NARTÍNEZ PEREZ, MJ C-447
NATALIA MARANTE FUERTES C-876
NATIVIDAD COMES GORRIZ C-632
NAVARRETE DE CÁRCER, E. C-860
NAVARRETE PÉREZ, S C-733
NAVARRO ARRANZ, P C-866
NAVARRO BUSTOS C C-355
NAVARRO CASTRO, A. C-809
NAVARRO CIRUGEDA M C-807
NAVARRO DORBERT, M. C-153
NAVARRO GARCÍA, J. C-439
NAVARRO GARCIA, MV C-612 C-750
NAVARRO LIZARANZU J. E-89
NAVARRO LOZANO R C-963 C-964
NAVARRO MARTIN, JOSE ANTONIO C-870 C-871 C-873
NAVARRO MARTINEZ M.D. C-799
NAVARRO MASEGOSA, INMA C-811
NAVARRO OLIVA, S C-353
NAVARRO ORTIZ, MD C-878
NAVARRO PUERTO, A. C-580 C-881 C-936
NAVARRO QUESADA, FJ C-150 C-151 C-885 C-903
NAVARRO ROMERO, M.D. C-841
NAVARRO-SOLÀ, D C-500 C-914
NAVAS JIMENEZ,V. C-205
NAVAS MADRAZO, C. C-441
NEBOT CEJUDO, M C-721
NEGUERUELA CEBALLOS, B. C-141
NEGUILLO LIMONES, J.A. C-658
NEIRA, N C-600
NEREA LARRINAGA LLAGUNO C-480 C-489 C-824 C-842 C-843 C-1059
NICASIO MARÍN GÁMEZ C-22
NICOLAS GALVEZ J C-291 C-446 C-966
NICOLAS RODRIGUEZ VEDIA C-267 C-847
NICOLAS, I. C-142 C-194
NIETO ÁLVAREZ, C. C-180
NIETO CABALLERO S. C-773 C-794
NIETO GARCIA, E C-471

NIETO GONZÁLEZ, MARÍA	C-261						
NIETO MARTÍNEZ, P	C-488	C-490					
NIETO N	C-12						
NIETO REINOSO, A	C-353						
NIETO ROMERO, C.	C-263						
NIETO SERRANO R.	C-416						
NIEVES BALLESTER FERNÁNDEZ-BRAVO	C-162						
NIEVES FRESNEÑA LÓPEZ	C-703						
NIEVES ROMERO RODRÍGUEZ	C-229						
NOBLEJAS CASTELLANOS.M	C-574	C-926	C-927				
NOBLEJAS MARTÍNEZ-MATAMOROS, M	C-574	C-926	C-927				
NOGALES CORTES, MD.	C-908						
NOGUERAS RUÍZ, S.	C-1001						
NOSEA VAQUERIZO, JOSÉ LUIS	C-315						
NOZI MONDEJAR, ML	C-816						
NUALART BERBEL, LLUÍS	E-56						
NUEVO, E.A.	C-734	C-739					
NUÑEZ ALONSO E	C-807						
NUÑEZ CRESPO, FERNANDO JAVIER	C-306	C-606					
NÚÑEZ FERNÁNDEZ, M.	C-1104						
NÚÑEZ GARCÍA,D.	C-951	C-952	C-957	C-958	C-984		
NUÑEZ MONTENEGRO AJ	C-170	C-687	C-693	C-786	C-795	C-1002	C-1080
NÚÑEZ TEJADA A	C-464						
NURIA ATXAERANDIO GALDOS	C-457						
NURIA PUIG COMAS	E-60						
OBDULIA CRUZADO BRAVO	C-335						
OBIOLS ARDERIUS,A.	C-689						
OBÓN AZUARA, B	C-704						
OBRADORS SORIANO F	C-412						
OCAÑA ANDRES, C.	C-369						
OCETE MANERO, M	C-103						
OCHANDORENA JUANENA, MS	C-106	C-244					
ODERO SOBRADO, D.	C-977						
ODRIOZOLA YARZA, N	C-608						
OGUETA LANA, MIGUEL ANGEL	E-67						
OJEDA GUTIÉRREZ, ROSARIO	E-33						
OLAETXEA URIZAR, E.	C-982	C-985	C-990	C-995			
OLAIZOLA MENDIBIL, A	C-247						
OLALLA SÁNCHEZ, MA	C-584						
OLARRA J	C-418						
OLAYA CARO, I.	C-942						
OLEAGA GOIA, FCO. JAVIER	C-456						
OLGA BERNAL LOSADA	C-270						
OLIVA GARCIA,S	E-80						
OLIVA J.	C-7						
OLIVA J.A	C-10	C-12					
OLIVARES LUNA, E.	C-592						
OLIVEIRA, ACS	E-57	C-521					
OLIVENCIA PÉREZ, M.	C-970						
OLIVER LECHUGA, A.	E-10						
OLIVERA CAÑADAS GUADALUPE	E-81	C-60	C-644				
OLMEDO LUCERON, MC.	E-2	E-19					
OLVERA CALDERON J	C-37	C-1049					
OMAETXEBARRIA LEGARRA, E.	C-359	C-747					
OMEÑACA TERÉS MANUEL	C-1014	C-1016					
ONANDIA OCERIN,M	C-1000						
ONCINS TORRES, R.	E-74						
OPERÉ SALAS, M.E.	C-172						
ORDIERES DOS SANTOS, MJ	C-163						
ORERO SÁEZ DE TEJADA, F.	C-714						
ORMAZABAL GALARRAGA IZARO	C-1109						
ORMAZABAL IRAZUSTA, C	C-447						
ORTEGA CAMACHO C.	C-40						
ORTEGA CARPIO, M D	E-77						
ORTEGA CASANOVA,C	C-1098	C-1113					
ORTEGA GARCIA JA	C-1103						
ORTEGA MILLÁN, CARLOS	E-33						
ORTEGA MIÑARRO, I.	C-44						
ORTEGA MONZÓ, JL	C-1024						
ORTEGA MORELL A	C-687						
ORTEGA MT	E-91						
ORTEGA SOLÍS, N	C-417						

ORTEGA TUDELA, G E-41 C-455 C-529 C-770 C-868
ORTEGA URIBE , P. C-1098 C-1113
ORTIGOSA GARCIA JC. C-416
ORTIGOSA MORENO,L.M. C-686
ORTIGUEIRA ESPINOSA JA E-1 E-3 C-36 C-39 C-262 C-288 C-547
ORTIZ CABALLERO, CLARA C-544
ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN AMAIA C-321 C-374 C-1088
ORTIZ ESPINOSA, J. C-540 C-627 C-1069
ORTIZ GARCÍA, M. C-11
ORTIZ GONZÁLEZ O C-245
ORTIZ MARTIN, P. C-645
ORTIZ NAVARRO, M.R. C-768 C-956
ORTIZ OTERO, MM. C-2 C-3 C-8 C-306 C-318 C-418 C-420 C-752 C-767 C-787 C-877
ORTIZ RUIZ DE LOIZAGA, M.N. C-979
ORTIZ, GINÉS C-514
ORTIZ-REPISO ROMERO, MARIANO C-840
ÓSCAR AGUADO ARROYO C-518
OSCAR GÓMEZ MARTÍN C-101
ÓSCAR HERNÁNDEZ VIÁN E-15
OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E E-65
OSUNA MEDINA, MD C-969
OTERO ESPIGA, A E-40
OTERO, R. A. C-890
OTIN GRASA, J.M. C-173 C-1119
OTO TERRER, JOSÉ MANUEL C-48
OUARIDI DADI A C-143
OVEJA FERNÁNDEZ R C-36
P. PADRÓN C-59
P. PARRA C-746
P. QUINTANA MANRIQUE C-38
PABLO ÁLVAREZ E-60
PABLO BUSCA OSTOLAZA C-701 C-976
PABLO CONTRERAS C-825
PABLO FERNÁNDEZ PLAZA C-331
PABLO GARRIDO FERNÁNDEZ C-902
PABLO JULIANI IZQUIERDO C-941
PABLO SIMÓN-LORDA C-343
PABLO VAZQUEZ MD C-847
PAC FERRER, I.* C-932
PACHECO DEL CERRO, JL C-244
PACHECO JIMÉNEZ F.J. C-988 C-992 C-1101
PACHECO MARTÍNEZ T C-313
PADILLA MARIN, C C-1035 C-1115 C-1116
PADILLA MARIN,V C-850
PADILLA ORTIZ, M. I C-694
PADILLA ROMERO.L C-1071
PADILLA, C C-370
PADILLA,A E-21
PADILLA,L E-21
PADIN LOPEZ, S C-651
PAEZ PINTO, JOSE MARÍA C-13
PAEZ VALLE , R E-68 C-455 C-529 C-770 C-868
PÀEZ VIVES, F. E-69
PAJARES BERNALDO DE QUIRÓS, I C-652
PAJARES VINARDELL M C-740
PAJIN SANTOS Mª ANTONIA E-8
PALACIAN RUIZ, PILAR C-1014 C-1016
PALACIO F E-58 C-35
PALACIOS GÓMEZ,C. C-686
PALACIOS LLAMAZARES, L C-423 C-324 C-568
PALACIOS NEGUERUELA, L. C-220
PALACIOS PÉREZ, MA C-53
PALACIOS, L C-617 C-955
PALAZÓN SAURA, P C-513 C-523
PALERO SANZ, F C-493
PALLARES CARRATALA, V E-80
PALMERO HERNANDEZ, N C-945
PALOMA PÉREZ-SERRANO LIAÑO C-703
PALOMA RUIZ ROMAN C-1067 C-1068
PALOMINO URDA, N C-885
PALOMO GONZALEZ MJ C-740

PALOMO LARA JC C-19 C-377 C-464 C-601 C-605 C-738 C-785
PALOMO PALOMO,P. C-443 C-912
PALOP DEL RÍO, A. C-957 C-958
PANEQUE MOLINA, P C-733
PANIEGO LORENZO,Y.* C-1027
PANTOJA BENITEZ, J.M. C-760
PANTOJA ZARZA, C. C-478
PAOLA PÉREZ C-187
PARADIS MUÑOZ, ROSA C-595
PARDO DIEZ MJ C-818
PARDO DIEZ, M.J. C-699
PARDO GARCÍA, R C-437
PARDO HERNÁNDEZ, ALBERTO C-830
PARDO TALAVERA JC C-638 C-642
PAREDES SIDRACH DE CARDONA, A. C-485 C-716 C-718 C-722 C-725
PAREJO GARCÍA, C. C-164
PARRA GARCIA, D. C-501
PARRA HIDALGO, P E-54 C-488 C-490 C-1102
PARRA PEREA, J C-969
PARRA, P. C-339
PARRADO CUESTA, S. C-538
PARRADO GARCIA,A. C-368
PARRALES CARNEIRO, M C-323
PARRAMON, M. C-23
PARREÑO CAPARRÓS, E. C-436
PASCUAL CODESO J C-332
PASCUAL-DE LA PISA B C-520 C-758
PASTOR CASADO, A. C-318
PASTOR SÁNCHEZ , R. E-70
PASTORA MIRÓN, V. C-990
PASTRANA JIMÉNEZ, A.M. C-94 C-340
PATRICIA FLORES CERDAN C-131
PATRON TOSCANO, P C-381
PAUL ZEGARRA E-13
PAUL ZEGARRA SALAS C-649
PAY LÓPEZ, J. C-700
PAZ CEREZO, M. C-284
PAZ EXPOSITO,J. C-212
PAZ RAMIREZ, L E-14
PAZ RODRÍGUEZ C. C-166 C-695
PAZ RODRIGUEZ PEREZ C-649
PECINO RUIZ, I C-542
PECULO CARRASCO, J. C-73 C-95
PEDRAZA LOPEZ S C-724
PEDRO GONZALEZ DE LA FLOR C-92 C-311 C-975
PEDRO MIGUEL GÓMEZ GARCÍA C-836
PEDRO REYES C-845
PEDRO RUIZ C-481
PEDRO VILLANUEVA HERNÁNDEZ C-429 C-1041
PEDROSA, P. C-168
PEINADO ÁLVAREZ E C-233
PEINADO NIEVAS, MJ C-74 C-81
PEINADO RODRIGUEZ, J. C-585
PELAEZ, D. C-739
PELAYO OROZCO AM. C-195 C-537 C-662 C-922
PELEGAY CAMERANO, S. C-337
PELLICER ORENES, F C-51 C-52
PENAS-PENAS, M. C-66
PEÑA HUERTAS, JORGE C-387
PEÑAFIEL J C-552
PEÑALBA NOVO, MªC C-414
PEÑALVER HERNANDEZ, F C-725
PEÑALVER JARA, Mª JOSE C-452
PEÑATE RODRÍGUEZ, M.M. C-242
PERE ESTIVILL C-559
PERE GRIS C-615
PERE SERRAT C-546
PEREA BAENA, MC. C-645
PEREA LÓPEZ, Mª CRUZ C-874
PEREA RODRIGUEZ, C. C-196
PEREDA MUÑOZ, M. C-292
PEREDA VICANDI, A. C-386

PERERA DÍAZ, P C-582
PEREZ ALONSO, M. C-1094
PÉREZ ARBEJ, JA C-6 C-401 C-867
PEREZ BLANCO V C-822
PÉREZ BOILLOS, MARÍA JOSÉ C-1050
PEREZ CAMACHO, I. C-14
PEREZ CANO B. C-633 C-634
PEREZ COSTA,R C-803
PEREZ DE LA YGLESIA R. C-105 C-633 C-634
PÉREZ DEL MORAL, ELENA C-1111
PÉREZ DÍAZ, M.M. C-942
PÉREZ DOBLADO, PALOMA * C-656
PEREZ DOCTOR, M. C-972
PÉREZ ENCINAS, M. E-84 C-597 C-792
PEREZ FERNÁNDEZ, P E-65
PÉREZ GÁLVEZ, F.J. C-1032
PÉREZ GANDARA, A C-447
PEREZ GARCIA MC C-718 C-722 C-725 C-960 C-961 C-962
PEREZ GIRON, J C-151
PEREZ GUERRERO MC C-638
PÉREZ HERNÁNDEZ ANA ISABEL C-644
PÉREZ HERNÁNDEZ, J. C-762
PEREZ JIMENEZ, C C-499 C-527
PEREZ LORENTE I. C-195 C-662
PEREZ MALDONADO E. C-416
PÉREZ MANCHÓN, E C-669
PÉREZ MILENA A C-911
PEREZ MONTAUT, I E-68
PEREZ MORENO, JM. C-71
PÉREZ NAVARRO ADELAIDA C-159
PÉREZ OLLER, L C-764
PÉREZ PALOMARES,C C-459
PEREZ PAREDES MC. C-105
PÉREZ PÉREZ, M C-322
PÉREZ PÉREZ, P. C-857
PÉREZ POLAINO, E. C-678 C-680 C-814
PEREZ RAMIREZ, C C-224 C-484 C-1065
PÉREZ RAMIREZ, E. C-786
PEREZ RAMOS, J. C-129
PÉREZ RIQUELME, F C-16
PÉREZ RIVAS, FJ C-106 C-244
PEREZ RIVERA, A C-723
PEREZ ROMERO DE LA CRUZ, C C-191 C-300
PÉREZ ROZOS A. C-246
PÉREZ ROZOS, A C-168 C-525
PEREZ SANCHEZ A C-577
PÉREZ SANTOS MJ C-279 C-542 C-759
PÉREZ SEOANE, JM C-226
PÉREZ SUANES, A. C-709
PÉREZ TIRADO, L. C-908
PEREZ TORRES, I. C-156 C-157
PEREZ TORRES, MC C-750
PEREZ TRIANO, C C-121
PÉREZ TRUEBA, E E-61 C-855
PEREZ TRUJILLO,A. C-205 C-378
PEREZ VAZQUEZ, ISABEL* C-595
PEREZ VICTOR, I. C-474
PÉREZ, M.A. C-886
PÉREZ, P. C-583 C-832
PÉREZ-CERDÁ, F. C-110 C-656
PÉREZ-COMPANY, P. C-148 C-761
PÉREZ-GONZÁLEZ, J. C-66
PÉREZ-PÉREZ P C-520
PERIÁÑEZ VEGA M. E-89 C-663 C-1007 C-1008 C-1021 C-1022 C-1025
PERIS DIAZ, M.L. C-290
PERIS TORTAJADA, A. C-628
PERIS, ANTONI C-230
PERTEGUER HUERTA, I C-1035
PESO BOFFA, F C-594
PICALLO-PIÑÓN M C-591
PICAZO CÓRDOBA, R. C-700
PICAZO PACHECO, C C-322

PILAR BOBADILLA PEREA C-765
PILAR CRESPO SERVAN C-252
PILAR FERRER BAS C-108
PILAR GARCÍA C-98 C-274
PILAR GILI I CABALLERO C-1009
PILAR MARTÍN-CARRILLO DOMÍNGUEZ E-23 C-171 C-518
PILAR MORENO E-12
PILAR MORENO PAREDES C-664
PILAR ORTEGA FERNÁNDEZ C-889
PILAR RIOJA C-825
PIMENTEL LEAL, M C-222
PINA MINGORANCE, C. C-112
PINAZO LUQUE J C-170 C-486 C-1080
PINEDA GINÉS, C C-945
PINEDA VILLALBA, A. E-47
PINEDO SALAZAR, M.Y. C-422
PINILLA LÓPEZ, S. C-814
PINTADO SANZ, R. C-828
PINTO NIETO, CM C-684
PINTOR-MÁRMOL, A C-455 C-529 C-868
PIÑAR VICO, I C-471
PIÑERO NEGRIN, A. C-582
PIQUERAS CESPEDES, M C-388
PISCO, L E-100
PLA MESTRE, R. E-2
PLATA ROSALES, J. E-78
PLAZA HERNANDEZ, V. C-422 C-441
PLAZA SÁNCHEZ, J. C-120
POLANCO MUÑOZ DOLORES C-817
POLENTINOS CASTRO, E C-75
POLO URTASUN, C C-867
POLVILLO VERDUGO, C C-410
PORTA SANCHEZ ANGELES C-1003
PORTERO R C-697
PORTILLA CALVA,I C-459
PORTILLA HUERTA, DAVID C-905
PORTILLO, J. C-140
PORTUONDO JIMENEZ J C-480 C-489 C-824 C-842 C-843 C-1059
POSE REINO, A. C-225
POU MATARRANZ, C. C-1119
POVEDA ANDRÉS, JL. C-628
POVEDANO CAÑIZARES, B. C-175
POVEDA-SILES, S. E-11
POZO MERCHAN, DESIREE C-181
POZO MUÑOZ F C-170 C-486 C-586 C-693 C-795 C-918 C-1002 C-1080
POZUELO GALAN, FJ C-286
PRADA PEÑA, M C-204 C-212 C-892
PRADO MEDIANO F. C-919
PRADOS TORRES JD E-22 C-20
PRATS ALONSO,EDUARD E-56
PRECIADO BARAHONA M.J. C-828 C-829 C-859
PRIETO ALAGUERO P C-36
PRIETO ALMEDA, D. C-844
PRIETO CALLEJERO,A C-597
PRIETO CASTILLEJO A C-650
PRIETO GUERRERO MM C-19 C-78 C-275 C-315 C-355 C-377 C-473 C-605
C-738 C-745 C-753 C-756 C-760 C-785 C-1028 C-1030
PRIETO LUCENA, J. C-14
PRIETO MARTOS, A C-969
PRIETO MOIX, S. E-84
PRIETO PÉREZ, A C-785
PRIETO SANTANA, MANUEL C-89 C-539
PUENTE GONZÁLEZ M D. C-502
PUENTE PALACIOS I C-397 C-872
PUERTA JIMENEZ, JM C-51
PUERTAS TAMAYO, A. C-24 C-865
PUGA SANCHEZ, ENCARNACION C-495
PUIG D. C-7
PUIG ROSSELL C C-460
PUIG, E C-146
PUIGGALÍ BALLART, MARGARITA C-872
PUJALTE V. C-717

PUJANA URIARTE, Mª JOSÉ C-1088
PUJANA ZALDEGI, MI. C-386
PUJOL CONGREGADO, M. C-892
PUJOL, D. C-142 C-194
QUERO RUFIAN, A. C-176
QUEROL GUTIÉRREZ, JC. C-732
QUESADA HURTADO, J. C-305
QUESADA, ORIOL C-230
QUEVEDO, L C-472
QUILEZ CASTILLO, F C-779
QUILEZ DIAZ, P C-253
QUINTANA MARTÍN M. C-166 C-695
QUINTAS RODRIGUEZ, J. C-263
QUINTEIRO GARCÍA, A.I. E-18 E-26 C-913
QUINTERO GONZALEZ, C C-1015
QUINTERO PRADOS R. C-59
QUIÑONES RODRIGUEZ, L.A. C-813
QUIRANTE V , C-461
QUIRÓS GIRÁLDEZ, M C-405
QUIRÓS HERRANZ, C. C-637
QUIRÓS JIMÉNEZ, V C-681
QUIROS MORATO, T C-67 C-1013 C-1024
RABADAN ANTA MT C-358 C-963 C-964 C-965
RABADÁN FERNÁNDEZ, A C-454
RABANAL RETOLAZA, S C-132
RABANAQUE MJ E-91 C-336 C-791 C-980
RABUÑAL ÁLVAREZ MT C-954 C-1003
RACHIDA ANROUCH C-1041
RAFAEL ALBERTO MONTOYA MUÑOZ C-1052
RAFAEL CABELLO JAIME C-696
RAFAEL CASAÑAS C-845
RAFAEL CÍA RAMOS C-1067 C-1068
RAFAEL GOMEZ NAVARRO C-400 C-532
RAFAEL GOMEZ SOLÍS C-706
RAFAEL M PEREIRO HERNÁNDEZ C-888
RAFAEL MARÍA PEREIRO HERNÁNDEZ C-42
RAFAEL ORTIZ RIOS C-566
RAFAEL PAEZ VALLE C-611
RAFAEL REINA C-187
RAFAEL RODRIGUEZ GALVEZ C-240
RAFAEL TOSCANO C-845
RAIGAL JURADO,S C-803 C-966
RAKEL GARCIA ALEGRE C-480 C-824
RAMÍREZ CARBONELL,MD. C-907
RAMIREZ FLORES C C-800 C-801
RAMÍREZ HERVÁS, M. C-923
RAMÍREZ LASARTE, F C-405
RAMÍREZ LÓPEZ, E C-377 C-738
RAMÍREZ RAMOS CRISTINA C-515
RAMIREZ VERGER, M C-1116
RAMIREZ VILLAMOR, M L. C-1082
RAMÍREZ-DAFFÓS P E-37
RAMIRO TENA, E C-639
RAMON BOFARULL, I E-28
RAMON C C-17
RAMON CALDAS BLANCO C-289
RAMON ESPARZA, T C-488 C-485 C-490
RAMON MARTÍNEZ ALONSO C-836
RAMÓN PUJOL C-1078
RAMÓN SALGUERO, JM C-444 C-584
RAMOS ASENSIO, ML. C-956
RAMOS CALERO, EFREN C-1096
RAMOS CORDERO, C C-1017
RAMOS D'ANGELO, F. C-699
RAMOS DÍAZ,C. C-767
RAMOS DIAZ,M C-241 C-271
RAMOS LEÓN, JOSÉ M. C-257
RAMOS MARTOS, MJ C-854
RAMOS NEGRÍN, PM. C-57
RAMOS RODRIGUEZ, T C-338 C-670
RAMOS VERA, A C-848
RAMOS, MD. C-203

RANCAÑO RODRIGUEZ, I C-417
RAÑA LAMA, C. C-838
RAPOSO TRIANO, MF C-241
RAQUEL GARCIA ALEGRE C-489 C-842 C-843 C-1059
RAQUEL RUBIO CLEMENTE C-1033 C-1034
RAYA POVEDANO, JL C-816
REAL, JM C-443
REALES BUENO, R. C-112
REBECA MUÑOZ BUIL C-648
REBOLAR TORRES, E C-810
REBOLLO GÓMEZ, P. C-788
REBOLLO H C-607
REBOLLO RODRIGO H C-796 C-805
REBULL FATSINI, J C-839
RECA BUENO, IM C-338
RECARTE ORTIZ D. C-8
RECHA SANCHO, R. E-69
RECHE GALERA, V C-74 C-81
RECHER K C-858
RECIO CAMPOS,MC. C-368 C-1092
RECIO LÓPEZ, FJ E-77 C-378
REDO SABATER, V. C-839
REDONDO GARCIA, Mª EUGENIA. C-124 C-181
REDONDO PEDRAZA, R C-385
REDONDO PULIDO ,S. C-855
REDONDO REYES, R. C-522
REDONDO ROJO, M.J. C-32 C-183
REDONDO SANCHEZ, J C-150 C-151
REDONDO SANTAMARÍA A C-623
REGALADO ITURRI AI C-433
REGAÑO DOMÍNGUEZ M. C-166 C-695
REGIDOR-FUENTES I. C-1100
REGULEZ ARIÑO,MP C-1000
REIGADAS LÓPEZ, M. I. C-935
REINA ARTACHO, CARMEN C-261 C-287
REINA JIMENEZ, M C-652
REINA NICOLAS I M C-772
REINOSO COBO, J.M. C-393
REJANO CASTAÑEDA, M C-493
REPRESA CONDE, MO C-280
REQUEJO MIR, A E-38
REQUEJO, S C-255
REQUENA FERRER, R. M. C-935
REQUENA LÓPEZ ANTONIO C-297
REQUENA LOPEZ, A. C-220
REQUENA PUCHE,J. E-82 C-833
REQUENA,MV E-21
REQUENA,TORO MV C-1071
RESURRECION PEREZ DE ARENAZA RUIZ DE MUNAIN C-86
RETEGUI G. C-105 C-633 C-634
RETOLAZA BALZATEGUI, A. C-114
REVELLO A. C-633 C-634
REVILLA MARTÍN, JM. C-643
REVILLA RAMOS, FERNANDO C-48
REVILLO PINILLA M. JOSÉ C-1014 C-1016
REVUELTA ARROYO,R C-459
REY CASTRO, P. C-898
REY DELGADO MP C-126 C-562 C-1103
REYES ALCÁZAR V. E-92 C-943 C-944 C-949
REYES FERNÁNDEZ, A C-87
REYES GAMAZA, V C-382 C-1018
REYES REYES, R C-493
REYES SANZ AMORES C-575 C-1067 C-1068 C-1090
REYES, V. C-1118
RIBACOBA BAJO, LAUREANO C-456
RIBÉ MIRÓ,A C-139
RIBERA M, NAVARRO LA C-858
RICARTE URBANO, E C-513 C-523
RICO PEREZ POSE MANUEL C-396
RICO PEREZ, JM C-168 C-283
RIDAURA CUENCA, A C-228
RIERA, E. C-1 C-862

RIESTRA J E-75
RIOBOO ZAMBRANO, MARÍA C-382 C-1018
RIOJA TORRES,P. C-675
RIOS E C-130
RIOS LINARES L C-638 C-642
RÍOS PARRILLA,Mª D. E-36
RIOS RAYO, C C-779
RIOS RISQUEZ MB E-85
RIOS VALLÉS,L C-72
RISCART FERNÁNDEZ JE C-37
RISUEÑO JIMENEZ, J C-760
RITA ACOSTA, MJ C-463
RIU,M E-52
RIUS RAFECAS, MA C-221 C-479
RIUS, C. C-886
RIVAS AGUAYO, MD C-271
RIVAS CAMPOS, A. E-93 C-176
RIVAS LÓPEZ F C-63
RIVAS R C-453
RIVAS RUIZ,F C-468
RIVERA ÁLVAREZ, A C-53 C-669
RIVERA FERNÁNDEZ,C C-19 C-753 C-756
RIVERO LEÓN, S. C-251 C-373
ROBLEDO CARMONA LF C-917
ROBLES AGUILERA, C. C-310 C-742 C-743
ROBLES C. E-29
ROBLES CARRION, JOSE C-409
ROCA RODRIGUEZ, MM C-906 C-968
ROCA ROSERO, MA C-142
ROCHER TORRES, I. C-732
ROCÍO DEL CASTILLO HERNÁNDEZ C-590
ROCIO FERNÁNDEZ SANCHEZ C-775
ROCIO LOBEIRA RUBIO C-567
ROCIO MORANO BÁEZ C-197 C-217
RÓDENAS CHECA, J. C-84
RODOLFO FERNÁNDEZ MORENO C-1072
RODRIGO TRUJILLO M. LUISA C-515
RODRIGO, R C-1056
RODRÍGUEZ MATEOS, MARIA EUGENIA C-506
RODRÍGUEZ AGUILA, MM. C-731
RODRIGUEZ AGUILAR G. C-193
RODRIGUEZ AGUIRRE, M C-600
RODRIGUEZ ALCAZAR, M.A. C-901
RODRIGUEZ ALVAREZ,R. C-665
RODRIGUEZ AZURMENDI, E C-608
RODRIGUEZ BAÑO, JESUS C-802
RODRÍGUEZ BARRERO, C. E-19
RODRIGUEZ BEJARANO, M.D. C-487
RODRIGUEZ BELLO, J C-271
RODRIGUEZ BENITO, V. C-450 C-688
RODRÍGUEZ BORREGO, M.A. C-385
RODRÍGUEZ CANO, T C-47
RODRÍGUEZ CANTALEJO F C-347
RODRÍGUEZ CASADEMONT JM. C-741
RODRÍGUEZ CUNDÍN P C-99 C-424 C-430
RODRIGUEZ D C-10 C-104
RODRÍGUEZ DE ALMANSA CALLEJO,C E-38
RODRIGUEZ DE LUCAS, A C-282
RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA,MM. C-729
RODRIGUEZ DIEZ,M. C-85
RODRIGUEZ ESCUDERO MC C-642
RODRIGUEZ GARCÍA J E-1
RODRÍGUEZ GARCÍA LC C-102
RODRÍGUEZ GIL, ALICIA C-505
RODRIGUEZ GONZALEZ, L E-9
RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M. C-978
RODRIGUEZ GONZALEZ, R C-132
RODRIGUEZ GONZALO, A. C-517
RODRIGUEZ HERRERA J.J. C-909
RODRÍGUEZ HORNILLO, MANUEL C-535
RODRIGUEZ IDÍGORAS, M.I C-224
RODRIGUEZ JIMENEZ I.M. C-793

RODRIGUEZ LE HARPER J.M. C-15 C-572 C-934 C-935
RODRIGUEZ MADRIGAL, I C-1110
RODRÍGUEZ MARESCA, M C-742
RODRIGUEZ MARTINEZ, M.A. E-35 C-30 C-421
RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, PAZ E-98
RODRÍGUEZ MASSIA, A. C-129
RODRÍGUEZ MATEOS, MARIA EUGENIA C-505
RODRÍGUEZ MOLINA, F.J. C-900
RODRIGUEZ MOLINA, MA. C-445 C-570 C-592 C-672 C-900
RODRIGUEZ MOLINA, ML C-151
RODRIGUEZ MOLINUEVO, A. C-65
RODRÍGUEZ MORALES, D. C-290 C-302 C-507
RODRÍGUEZ MORENO, R C-533
RODRIGUEZ MUÑOZ MT C-547
RODRIGUEZ MUÑOZ, F. C-356
RODRÍGUEZ MURCIA, A. C-769
RODRIGUEZ MURILLO, J C-451
RODRIGUEZ NIETO,A C-848
RODRÍGUEZ NOJA M C-464
RODRIGUEZ ORTEGA, C C-605 C-721
RODRIGUEZ ORTIZ, MA C-271
RODRIGUEZ PALMA, MC C-378
RODRIGUEZ PALOMINO MIGUEL ANGEL C-930
RODRÍGUEZ PAÑOS, T. C-860
RODRIGUEZ PENA,M C-139
RODRÍGUEZ PENÍN I C-654
RODRÍGUEZ PEÑA F C-349
RODRIGUEZ PEREZ S C-638 C-642
RODRIGUEZ PEREZ, P. E-2
RODRÍGUEZ PÉREZ, V C-235
RODRIGUEZ QUECEDO J. C-758
RODRÍGUEZ RAMOS, P. C-627
RODRÍGUEZ REDONDO, A C-385
RODRIGUEZ RIEIRO, C. E-2
RODRÍGUEZ RUIZ J. C-50
RODRIGUEZ SÁNCHEZ, S. C-708
RODRIGUEZ SEMPERE, FRANCISCO C-873
RODRÍGUEZ SOLANO, R C-1074
RODRIGUEZ SOTO C C-214
RODRIGUEZ ZAMORA, M A C-1015
RODRIGUEZ ZARALLO, A. C-156
RODRIGUEZ ZUÑIGA, D C-390
RODRIGUEZ, E. C-255
RODRIGUEZ,I C-806
RODRIGUEZ-BOUZA, M C-850 C-1035
RODRÍGUEZ-GARCÍA J C-133 C-288
RODRÍGUEZ-LUCAS, F C-711
RODRIGUEZ-PEÑÍL, E C-472
RODRÍGUEZ-QUECEDO J C-520
RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J C-914
ROGER CABEZALI C-294
ROIGE T. C-10
ROIZ MESONES M. C-430
ROJAS DE MORA FIGUEROA, A. C-616 C-950
ROLDAN CABALLERO, P C-646
ROLDÁN MARTÍNEZ, C. C-592
ROLLÁN RODRÍGUEZ, G. C-637
ROLÓN AGUILAR E. C-937
ROMÁN FUENTES, M. C-958
ROMAN LUNA, B C-760
ROMAN PICAZO CÓRDOBA C-973
ROMÁN RODRÍGUEZ, F C-40
ROMERO LÓPEZ, T. C-125
ROMERO BLANCO, ISABEL C-181
ROMERO BRAVO A, C-598
ROMERO BRIOSO,C C-411 C-593
ROMERO CAMPOS A. E-94
ROMERO DE CASTILLA GIL, RJ C-685
ROMERO E C-654
ROMERO FERNÁNDEZ, MM C-939 C-948
ROMERO GIL, G C-185 C-338
ROMERO GONZÁLEZ, JM C-454 C-553 C-899

ROMERO HIDALGO, MJ. C-601
ROMERO JURADO M. C-43 C-629 C-630
ROMERO LÓPEZ, T. C-938
ROMERO MARÍ, E C-536 C-712
ROMERO MENA M C-279
ROMERO MORANO C C-214
ROMERO MUÑOZ, M.J C-493 C-675
ROMERO PADILLA,A. C-360
ROMERO PAREJA, Mª.D. C-413
ROMERO PASTOR M J C-772
ROMERO ROMERO, J.M. C-840
ROMERO RUIZ, A. C-749 C-917 C-1087
ROMERO SERRANO,R. C-145
ROMERO TABARES A. C-922
ROMERO, A. C-255
ROMERO, B. C-890
ROMERO, C C-702
ROMERO, L C-820
ROMERO, M. C-123
ROPERO MUGICA, R. C-1042 C-1047
RORIGUEZ RUIZ J. C-1038
ROS GARRIGÓS, O. C-28
ROS MARTÍNEZ, E. C-362
ROSA ALBALAT FERNÁNDEZ C-440
ROSA BENITEZ ROSSO C-835
ROSA CORBÍ LLOPIS C-504
ROSA JIMÉNEZ, F C-38 C-40
ROSA Mª FERNÁNDEZ GARCÍA C-1072
ROSA Mª VILLALONGA VADELL C-1078
ROSA MARTINEZ MARTINEZ C-818
ROSA MIÑARRO C-825
ROSA MONTOLIU VALLS C-366
ROSA RODRIGUEZ E-13
ROSALES RODRÍGUEZ, M. C-729 C-731
ROSALES RUIZ, A C-286
ROSALÍA RIOJA VÁZQUEZ C-270
ROSALIA SOLÉ C-256 C-274
ROSARIO AGUILAR PEÑA C-307 C-991
ROSARIO FERNÁNDEZ C-481
ROSARIO MARQUEZ MARMOL C-706
ROSARIO PRIETO LLAMAS C-367
ROSARIO TRINIDAD TRINIDAD C-861
ROSELL SALVADOR G C-460 C-932
ROSELLO CALZADA, A C-1037
ROSSELLÓ URGELL J C-796 C-805
ROTLLAN M C-856
ROYO SERRANO M C-83
RUBIAL BERNARDEZ, F. C-225 C-1010 C-1029
RUBIO ALVAREZ, S C-286
RUBIO BARRANCO A C-349
RUBIO BUISÁN L C-363
RUBIO GARCÍA, A. C-727 C-1011
RUBIO GARCÍA, M. C-439
RUBIO GÓMEZ, I. C-234 C-925
RUBIO LARA, E C-550
RUBIO LINDE, M. F. C-129
RUBIO MARTI , C C-534
RUBIO QUEVEDO C C-279
RUBIO REGIDOR, M. C-169
RUBIO, C. C-831
RUBIO, M. C-371
RUEDA DOMINGO, MT C-41
RUEDA MORA, SARA. C-124 C-181
RUFAS RIVAS, MC. C-720
RUFIÁN PEÑA, SEBASTIÁN C-537
RUÍZ ACOSTA, A. E-20 C-1015
RUIZ ALVAREZ, E C-219 C-603
RUIZ AZAROLA, A C-179
RUIZ BENÍTEZ, G. C-1073
RUIZ BORRELL M. C-105 C-633 C-634
RUIZ CANTERO A C-613 C-618 C-657 C-723 C-777 C-983
RUIZ CASTILLO, MA C-681

RUIZ CASTILLO,S	C-25				
RUIZ CLEMENTE, J.	C-970				
RUIZ COBO J	C-751				
RUIZ CORTINAS, ROSA	C-54	C-883			
RUIZ DE EGUINO LANGARIKA, J.	E-26				
RUIZ DE LA HERMOSA GONZÁLEZ-CARRATO, R	C-192				
RUIZ DE LARRAMENDI FERNANDEZ, M. T.	C-859				
RUIZ DE OCENDA, E.	C-823				
RUIZ DEL FRESNO , LUIS	C-287				
RUIZ ECHEVARRIA, M.A	C-766	C-771	C-1000		
RUIZ ESCOLAR, S.	C-487				
RUIZ ESTEBAN, P	C-224				
RUIZ GARCÍA A.	E-94	C-77	C-372	C-599	C-713
RUIZ GÓMEZ, M	C-946				
RUIZ GONZALEZ,JM.	C-505	C-659			
RUIZ GUERRERO, O.	C-1117				
RUIZ HERRERO O.	C-328				
RUIZ LOPEZ, JL	C-67				
RUIZ LUCENA, I	C-471				
RUIZ MARTORELL A.	C-818				
RUIZ MARTORELL, A.	C-699				
RUIZ MEDIALDEA, F	C-533				
RUIZ MELLADO, I.M.	C-312				
RUIZ MONTOYA,I.	C-205				
RUIZ NAVARRO, P.	E-78				
RUIZ PEREIRA,P.	C-640				
RUIZ R	C-697				
RUIZ ROMÁN, P.	C-178				
RUIZ ROMERO, J. A.	C-305	C-328			
RUIZ ROMERO, V	C-9	C-13	C-14		
RUIZ ROS, J. M.	E-98	C-352	C-1070		
RUIZ RUIZ, M. A.	C-94	C-340			
RUIZ SALAZAR, Q	C-641				
RUÍZ SÁNCHEZ ANTONIO	E-81				
RUIZ SANCHEZ R.	C-1055				
RUIZ SÁNCHEZ, F.	C-94	C-340			
RUIZ SICILIA, L.	C-209				
RUIZ VALVERDE, A	C-742				
RUIZ, C.	C-255				
RUIZ, P.	C-110				
RUIZ, U.	C-1118				
RUIZ,ROSA	C-55				
RUIZ-RICO RUIZ-MORÓN T.	C-561	C-578			
RUMBO PRIETO, JMª.	C-838				
RUS MANSILLA, CARMEN	C-685				
RUS, J	C-617				
RUTH CARMONA VIGO	C-92	C-975			
RUTH LILIANA MANRIQUE MEDINA	C-254				
RUY-DIAZ COBOS F	C-576				
SABATÉ I AGUILÀ, YOLANDA	C-811	C-1111			
SABATÉ, JM	C-365				
SABATÉ,S	E-52				
SABATER-RAGA, ROSA	E-17	C-333	C-500	C-914	
SABORIDO CANSINO, MC	C-626	C-1096			
SABRIÀ M	C-715				
SACRISTAN COLMENAREJO, S	C-536	C-946			
SÁEZ MOLINA,E.	C-1098	C-1113			
SÁEZ ORTEGA, J.	C-180	C-503			
SAEZ PLAZA, Mª M.	C-815				
SÁEZ SOTO, A.R.	C-413	C-485	C-769		
SAEZ VAQUERO, T	C-232				
SAGRARIO PARDO LÓPEZ-FANDO	C-518				
SAGRERA FELIP, C.	C-689				
SAINZ DE VICUÑA BRAVO, LEIRE	C-456				
SAIZ FERNÁNDEZ, LC	C-188				
SALAS BRAVO, DANIEL	C-870	C-871	C-873	C-874	
SALAS GARCIA, ANGEL	C-54	C-883			
SALAS HERRERO, E	C-589	C-804			
SALAS RUIZ, OLIVA	C-756				
SALAS SANCHEZ, C	C-388				
SALAS SANCHEZ, F	C-587				
SALAS, ANGEL	C-55				

SALAZAR FERNANDEZ CLARA C-182
SALCEDO GÓMEZ, A E-41 C-770
SALCEDO LEAL I, C-596 C-598 C-599
SALDAÑA,R C-837 C-1012
SALGADO GIL, M.R C-549
SALGADO LARREA, M.V.* C-432
SALGUERO CABALGANTE R E-87
SALGUERO CABALGANTE, R. C-616
SALICIO BERMEJO MY C-560 C-666
SALIDO MUÑOZ, REMEDIOS C-595
SALINAS R C-17
SALINERO FORT M. C-555
SALMERON AROCA, J.A. C-900
SALMERÓN GARCIÁ, A. C-735
SALUSTIANO LUQUE LOZANO C-267 C-847
SALVADOR BOFIL M C-355
SALVADOR GRUTZMANCHER C-453
SALVADOR VERGES, A. C-142 C-194
SAMITIER LERENDEGUI ML C-61 C-336
SAMOLA, GEMMA C-811
SAMPEDRO ABASCAL, C C-184 C-196 C-1032
SAMPER TOSCANO,M. C-622 C-659
SAMPER, E C-370
SAN ALBERTO GIRALDOS,M. C-635 C-793
SAN JOSE RUIZ, B. C-748
SAN MARTÍN, B. C-823
SAN SEBASTIÁN DOMINGUEZ, JA C-247 C-747 C-967 C-1084 C-1085
SANCHES NIETO JM. C-960
SÁNCHEZ A C-697
SÁNCHEZ ABAD, MA C-215
SÁNCHEZ ACHA, Y E-77 C-125 C-141
SANCHEZ ALARCON MA C-130
SANCHEZ ALONSO, S. C-169
SÁNCHEZ BALLESTEROS, GEMA C-553
SANCHEZ BASALLOTE, JE C-587 C-1074
SANCHEZ BAUTISTA S C-1102
SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL E-67 C-319 C-321 C-374 C-1088
SANCHEZ BLANCO J. E-38 C-380 C-405 C-406 C-407 C-408 C-626 C-1096
SANCHEZ BLANCO, C. C-18 C-76 C-296 C-298
SANCHEZ CARREÑO, MJ C-679
SANCHEZ CONESA, E. C-901
SÁNCHEZ DE LA FLOR, MD C-905
SANCHEZ DEL AGUILA,M C-625
SÁNCHEZ DEL PINO, R. C-540 C-627 C-1069
SÁNCHEZ E* E-66
SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, AM. C-445 C-672
SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M. E-18 E-26 C-913
SANCHEZ GALEOTE E C-497
SANCHEZ GARCIA, M. C-1109
SÁNCHEZ GARZÓN, M. C-360 C-361
SANCHEZ GOMEZ S. C-93 C-919
SÁNCHEZ GONZÁLEZ, C C-275
SANCHEZ GONZALEZ, MARIA DE LA CABEZA C-204
SÁNCHEZ GONZÁLEZ, RP C-437
SÁNCHEZ GUERRA, C. C-503
SÁNCHEZ GUERRERO, MJ. C-4
SÁNCHEZ HOLGADO J. C-621 C-623
SÁNCHEZ IBAÑEZ,J C-223
SANCHEZ J.F. C-863
SANCHEZ JIMENEZ J C-469
SANCHEZ LACARCEL MD C-638 C-642
SÁNCHEZ LINARES, A C-414
SANCHEZ LOPEZ MELLADO MD C-332
SÁNCHEZ LORA, FJ. C-164
SANCHEZ MARTINEZ, I. C-569 C-570 C-614
SANCHEZ MEDINA, J. A. C-156 C-157
SANCHEZ MEDINA, M C-721
SÁNCHEZ MEDINA, N C-377 C-738
SANCHEZ MOLINA,F C-25
SANCHEZ MUÑOZ BALTASAR C-100
SÁNCHEZ NANCLARES, G. E. C-935
SANCHEZ NIETO JM E-14 E-85 C-154 C-189 C-676 C-679 C-683 C-961

C-962 C-964 C-965
SANCHEZ OLIVER, MA. C-904
SÁNCHEZ ORO, I C-639
SANCHEZ P C-10
SANCHEZ PALACIOS M C-266 C-491 C-492
SÁNCHEZ PAREDES, AMPARO C-319
SANCHEZ PARRA, A. C-809
SÁNCHEZ PASTOR, M C-87
SANCHEZ PEDROSA, ANA C-1096
SÁNCHEZ PERRUCA, L. C-507
SANCHEZ QUINTANA, MD. C-904
SANCHEZ R C-891
SÁNCHEZ RIVAS MARGARITA C-682
SANCHEZ ROBLES, L. C-165 C-782
SANCHEZ ROBLES,L.
SANCHEZ RODRIGUEZ, DOLORES C-872
SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, M. C-251
SANCHEZ ROJAS, M. C-237 C-238 C-350 C-351
SANCHEZ ROJO, S. C-308 C-314
SANCHEZ ROMERO, S C-303
SANCHEZ RUEDA, M. C-645
SANCHEZ RUIZ, I C-971
SANCHEZ RUIZ, JOSE FRANCISCO C-452
SANCHEZ RUS, J. C-568 C-924
SÁNCHEZ SALADO, J. C-1073
SÁNCHEZ SÁNCHEZ, MJ. C-908
SANCHEZ SAUCO MF C-1103
SANCHEZ SERRANO, A. C-522
SÁNCHEZ TORRES, C C-867
SANCHEZ VICARIO, F. C-517
SÁNCHEZ WANDELMER, J M C-815
SÁNCHEZ ZALABARDO, M C-6
SANCHEZ, C. E-34
SANCHEZ, D C-370
SÁNCHEZ, E. C-583 C-832
SÁNCHEZ, R C-820
SÁNCHEZ, S C-831
SÁNCHEZ,P. C-361
SANCHEZ-CELAYA DEL POZO, M. C-1064
SANCHEZ-ESCALONILLA GONZALEZ, R. C-354
SÁNCHEZ-NIETO JM C-288
SÁNCHEZ-VILAR BURDIEL, O. C-180
SANCHIDRIÁN DE BLAS, C. E-19 C-502
SANCHO ESTERAS, JA. C-531
SANCHO R C-607
SANCRISTOBAL E E-63
SANGRADOR ARENAS, LUIS ALBERTO C-1050
SANMARTÍN SÁNCHEZ, E. C-720
SANS A. C-715
SANTABÁRBARA SERRANO, J. C-699
SANTACRUZ RODRIGUEZ, P. E-95 C-113
SANTAMARIA OLABARRIETA, M. E-10
SANTANA CABRERA L C-266 C-491 C-492
SANTANA LÓPEZ, VICENTE C-776
SANTIAGO GARCIA C C-84 C-277 C-295 C-997
SANTIÑÁ M C-104
SANTOS ACOSTA P. C-93
SANTOS ALVAREZ,P C-253
SANTOS FLÓREZ, E.M. C-538
SANTOS JIMENEZ, JUAN CARLOS C-753 C-756
SANTOS MIGUEZ, MC. C-925
SANTOS PEREZ JJ C-687 C-693 C-786 C-795
SANTOS, AL C-806
SANTOS, M. C-583 C-832
SANZ AMORES, R. C-177 C-178
SANZ DE ICAZA L C-564 C-588
SANZ DEL OSO, J.J. E-35
SANZ MÁRQUEZ, S. E-84
SANZ-VÍRSEDA DE LA FUENTE C-551
SARA ACOSTA MARTINEZ C-973
SARA BALLESTEROS PRADAS C-229 C-316
SARA GASCO GONZÁLEZ C-135

SARA ZARZOSO E-13
SARRIÓN BRAVO, J.A. E-35 C-30 C-421
SASTRE PÁEZ, S E-46
SATURNO-HERNANDEZ, PJ E-54 E-64 E-57 C-467 C-521 C-690
SAUDÍ TARAVILLO MªJ C-171
SAURA A. C-717
SAURA PIZARRO, MD. C-44 C-1043
SAUS CARRERES, A. C-450 C-688
SCHMIDT FERNANDEZ G C-277
SCHMITG; C-997
SCHWEIGER, A. C-890
SEBASTIAN PALOMINO, A C-30 C-299 C-421
SEBASTIAN ACHÚTEGUI, R. E-27
SEBASTIÁN VIANA, T C-606 C-877
SEDANO,A. C-448
SEGARRA CAÑAMARES, ML C-945
SEGARRA CASTELLO, L E-80
SEGOVIA GIL, M C-111 C-527
SEGURA GARCIA, M.T. C-348 C-384 C-1079
SEGURA LARA, AMª. C-220
SEGURA LÉRIDA, S. C-64
SEGURA, E. C-886
SEGUROLA ALVAREZ, M B C-132
SENABRE GARCÍA, VM C-707
SEOANE PASCUAL, L. C-364
SEPÚLVEDA SÁNCHEZ, JUANA MARIA C-327 C-625
SERGIO JIMENEZ CÁCERES C-543
SERGIO MINUÉ C-144
SERGIO RUIZ LÓPEZ C-115
SERIÑA RAMIREZ, C. E-2
SERNA RODRIGUEZ, F. C-979 C-982 C-985 C-990 C-995
SERRA GENÍS, C C-999
SERRA PASCUAL, JOSEP C-1004
SERRABASSA, C. C-886
SERRADILLA CORCHERO, P C-282
SERRA-MOSCOSA, J C-500
SERRANO BALAZOTE, P C-420 C-752
SERRANO BUENO, A C-53
SERRANO CALVACHE, J C-310 C-743
SERRANO CEPAS, MC C-749
SERRANO GARCIA, F. J. C-305 C-346
SERRANO MARTINEZ J A C-291
SERRANO MC C-200
SERRANO MI C-797
SERRANO MOLINA LUCÍA E-81
SERRANO MONROY, PILAR C-874
SERRANO MOYA P C-355
SERRANO NAVARRO, ANTONIO C-452
SERRANO ROMERO, MA C-553 C-899
SERRANO, MC C-443
SERRANO, N. C-791
SERRAT, P. C-56
SERRATOSA SÁNCHEZ-IBARGÜEN, ALEJANDRO C-535
SESE CACERES A. E-89
SEVANE VEGA, J C-222
SEVILLA CASTILLO, A. B. C-300
SEVILLA HERNÁNDEZ, E C-208
SEVILLA I. C-283
SEVILLA MARTÍN, F.J. C-24 C-865
SEVILLA RUIZ DA C-38
SEVILLA SANTOS, E C-381
SEVILLANO PALMERO, ML C-265 C-930
SEVILLANO ROMERO, R. C-450 C-688
SIANES BLANCO, A C-129
SIERRA CAMERINO,R. C-548 C-724
SIERRA PREFASI FJ C-245 C-446 C-803
SIGUÍN GÓMEZ, R C-188
SILVA GALLARDO, L. C-235
SILVA GRADOS MªA C-394
SILVA, M. C-1060
SILVANA GROSSO C-58
SILVANO ARRANZ, A C-524

SILVIA AGUILAR CARMONA E-61
SILVIA BONFILL COSP C-268
SILVIA CABISTANY C-256
SILVIA JARA C-98
SILVIA VIDAL SERRANO C-404
SIMÓN FERNÁNDEZ, M C-932
SIMÓN LORDA P C-198
SIMÓN MONTES, P. C-1051
SIMON TORRES, A. C-91
SIMON, J. C-1118
SIMÓN-RIAZUELO, JL C-211
SKODOVA, M C-431 C-729 C-731
SMITS CUBERES, A. E-84
SOBREVIELA, A*. C-661
SOL VIDIELLA, J. C-839
SOLÀ MIRAVETE, M.H. C-839
SOLÁ UTHURRY, N. E-70
SOLANO J E-63
SOLANO VILLARRUBIA, C C-282
SOLE CLAUS, I. C-158
SOLER CASTILLO, AI C-87
SOLER FERRERÍA D.C. C-773 C-794
SOLER, E. C-791
SOLER-SENDRA, A C-211
SOLOZABAL ORBEGOZO, K E-9 E-31 C-26 C-571 C-1099 C-1100
SOMMER ALVAREZ,E C-163 C-402
SONIA BURGOS CASADO C-1063
SONIA DE LUIS ALVAREZ C-480 C-489 C-824 C-842 C-843 C-1059
SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ E-6 C-1107
SÒNIA GARCÍA JALENCAS C-987
SORIANO BLANCO, M. C-593 C-745
SOTERAS LIMÓN, MD C-454
SOTILLOS GONZÁLEZ B. E-92 C-943 C-944 C-949
SOTO BERNAL, JA C-676 C-679
SOTO CASTELLÓN, B C-639
SOTO IBARRETA Mª TERESA C-182
SOTO SÁNCHEZ, MJ C-651
SOTO TORRES M C-349
SOTO VILLALOBOS FJ C-800 C-801
SUAREZ RAMOS, A C-1116
SUÁREZ SÁNCHEZ E C-406
SUBERVIOLA GONZÁLEZ, JF. C-220
SUBIRA M C-17
SUBIRÁ RIOS, J C-6
SUBIRANA, T. C-894
SUSANA MARTÍNEZ GÓMEZ C-563
SUSANA SANCHEZ BAUTISTA C-174
SYLVIA CARRASCO BONILLA C-532
SYLVIA VAQUERO GALAN C-294
TABERNERO ALBA, E C-1024
TABOADA GÓMEZ, J. E-42 C-167 C-996
TABUENCA ESPADA, MP C-152 C-215
TAFALLA BORDONADA, C E-30 C-249
TAMAYO CANILLAS, M.L. C-153
TAMAYO RODRÍGUEZ, M E-65
TAMAYO VELÁZQUEZ, MI. C-177 C-198
TANIA YEDRO C-58
TARILONTE DELGADO MA. C-13 C-758
TARRAGÓ SALA, O. C-658
TARRES, M. E-101
TATJE BESORA, P C-669
TEIXIDOR GARCIA, B. C-658
TEJADA HALFMANN, A C-588
TEJEDOR FERNANDEZ. M E-94 C-77 C-88 C-91 C-116 C-175 C-372 C-537
C-675 C-713 C-942
TEJERIZO SÁEZ, MM C-87
TEJERO MUÑOZ I C-1114
TEJERO, J.M. C-371
TELLERIA MACAZAGA, ANE C-456
TÉLLEZ SANTANA, T. C-164
TELLO GARCÍA, M.L. C-1104
TENA GARCÍA, B. C-235

TENA SEMPERE, M E C-9
TEODORA DE DIOS PIFARRE C-429
TERESA CARRILLO C-610
TERESA RIBALTA TORRADES C-268
TERESA SANZ CUESTA E-23
TEROL FERNANDEZ, E C-1115 C-1116
TEROL FERNÁNDEZ, J. C-284
TERRÓN CUADRADO, M C-420 C-752
TIERRASECA SERRANO E. C-502
TIJERAS GARCÍA, M C-1110
TIMÓN GARCÍA, A C-867
TIMONET ANDREU,E. C-327 C-625 C-1038
TIRADO MANCILLA, F C-869
TIRVIÓ GRAN, C. E-97 C-896
TIZÓN BOUZA, E. C-838
TOBÍAS MANZANO ANA C-159
TOLEDO, MD. C-168
TOLMO SANTOS MªD C-171
TOMÁS BORJA, ANTONIO C-514
TOMÀS CEDÓ, R C-221
TOMÁS FERNANDEZ APARICIO C-174
TOMÁS LIZCANO, A. C-11 C-449
TOMÉ MAÍZ, ANA C-374
TORAL MARÍN,J. C-686
TORCELLO GASPAR R, C-598 C-599
TORES COUSO, A. C-789
TORIBIO MONTERO J.C C-1038
TORIBIO PRIETO, M. C-1119
TORIJANO M.L* C-621
TORIJANO M.T* C-623
TORMO C. C-863
TORO IBAÑEZ, D. C-235
TORO PRIETO, F. J. C-972
TORO SANCHEZ, L E-31 C-26 C-571 C-1099 C-1100
TORO SANCHEZ, R E-9
TORRAS BOATELLA, MG E-96
TORRE ALONSO, JC C-163
TORRE DE LA, M A C-820
TORRECILLA SEQUI JA C-647
TORREJON CARDOSO, R. C-904
TORRELLA CORTÉS, E C-16
TORRES ALEGRE,P C-524
TORRES CLEMENTE, E. C-720
TORRES DOMÍNGUEZ, A C-854
TORRES FERNÁNDEZ, M. C-918
TORRES GÓMEZ, FJ C-463
TORRES GONZÁLEZ, G. C-57 C-762
TORRES L, C-461
TORRES MESA, LM C-41
TORRES MONTERO, MD. C-749
TORRES MORENO, S C-224 C-484 C-1065
TORRES MURO, BEGOÑA C-595
TORRES NAVARRO M. C-166
TORRES NAVARRO, I. C-695
TORRES NAVARRO, MM C-594
TORRES PÉREZ, L. C-284 C-346 C-576 C-1071
TORRES SERRANO, C C-527
TORRONTEGI,M E-52
TORRUBIA ATIENZA PILAR C-297
TOSCANO ,R C-855
TOSCANO CUETO, MC C-899
TOUS GONZÁLEZ, J. C-1104
TRAÍN DEL VAL, AM C-215
TRENAS MUÑOZ, M. C-237 C-238 C-350 C-351
TRIGUERO CRESPILLO, G C-815
TRIGUERO MA C-494
TRILLO BELIZÓN, C C-584
TRILLO CIVANTOS, C. C-503 C-536 C-712 C-946
TRUJILLO LEÓN, FJ C-582
TUDELA DE GEA M B C-772
TUDELA ESPEJO, M. C-809
TUDELA, L C-806

TURANZA PÉREZ,I. C-145
TURRADO MUÑOZ MA. C-558
TUSQUELLAS-OTO, C E-17 C-211
TUYA, A. C-56
UBACH BADIA, B E-5 E-71 C-265 C-313 C-478 C-483 C-846 C-1056
UBACH MILLANES, F. C-1119
UBIS GÓNZALEZ, AITZIBER C-374
ULIBARRENA SAINZ, MA C-448 C-456
UNDABEYTIA LOPEZ, Mª.L. C-474
UNIBASO BERMEJO, I. C-65
UNZAGA BASAURI, IV C-981
URÁN GARCIA, J. E. E-98 C-352 C-1070
URCELAY ECHEVERRIA, M.A. C-432
URIARTE BRIZUELA, M PILAR C-1095 C-1097 C-1099
URIBARRI SÁNCHEZ G C-657 C-777
URREA GILABERT, I. C-585
URREA,M E-52
URRETXU REBOIRO, LOLI C-321
URRUTIA JOHANSSON,I C-766 C-771 C-1000
USAMENTIAGA ORTIZ P C-472
USERO RUIZ, A. C-450 C-688
USIETO PIEDRAFITA, T C-810
UTOR FERNANDEZ A C-740
VAHI M C-130
VALDEPEÑAS ISIDRO M.A C-650
VALDES DE FEZ, C. C-1061
VALDÉS SOLÍS, A. C-693 C-786 C-795
VALDIVIA JIMENEZ, C C-885
VALDIVIELSO A C-130
VALDIVIELSO, E. C-140
VALDOR ARRIARÁN,M C-459
VALENCIANO GONZALEZ, A. E-42 C-167 C-996
VALENZUELA MOLINA, B C-1024
VALERA LOPEZ, R C-750
VALERA PASCUAL, M C-626
VALERA RUBIO M C-822
VALERO SÁNCHEZ, FJ C-81
VALIENTE BORREGO, F. C-569 C-570 C-614
VALLADOLID WALSH, A C-768 C-956
VALLEJO MAROTO, IGNACIO C-13
VALLEJO RODRÍGUEZ, I. C-735
VALLEJO SANCHEZ-MONGE,P C-106
VALLÉS GÁLLEGO, V. E-74 C-720
VALLINA C E-45
VALLS FERRUSOLA, E C-155
VALLS GUALLAR, C C-866
VALLS MONTAL, C C-764
VALLVERDU CARTIE H C-858
VALMISA LARA, E. C-210
VALVERDE ARANDA, MC C-971
VALVERDE BOSCH, M. C-64 C-579
VALVERDE CITORES, RM C-219 C-603
VALVERDE DE LA SERNA, A C-447
VALVERDE G C-607
VALVERDE GAMBERO E. C-663 C-1007 C-1008 C-1021 C-1022 C-1025
VANESA CARRASCO GIL C-648
VANESA JIMENES DURÁN C-648
VANESA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ C-775 C-1107
VAQUÉ, M E-52
VAQUERIZO ALONSO, C. C-107
VAQUERO A. C-715
VAQUERO ABELLÁN, M C-910
VAREA LAHUERTA, K C-572 C-934
VAREA M C-607
VARELA F. C-105
VARELA I C-200 C-791 C-891
VARELA MARTINEZ, I C-895
VARELA SOTO B C-564 C-588
VARELA VIEJO, C. C-153
VARGAS GONZÁLEZ, J. C-1119
VARGAS LAZCANO, JA: C-904
VARGAS RIVAS, JF C-87

VARGAS, M. C-56
VÁZQUEZ ALFEREZ, MC C-854
VAZQUEZ BLANCO, J. C-435
VÁZQUEZ F E-45 E-63 E-75 C-402
VÁZQUEZ GARCIA, R C-572
VÁZQUEZ GARIJO P. C-741
VÁZQUEZ GRANADO J C-875 C-1054
VÁZQUEZ LUQUE, A. C-284
VÁZQUEZ M E-63
VÁZQUEZ MARTÍNEZ, ALBERTO C-456
VAZQUEZ MONTERO D. C-435
VAZQUEZ MONTES A C-577
VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, A C-196
VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JI C-854
VAZQUEZ SOUSA, C. C-14
VAZQUEZ TORRES VANESSA C-682
VÁZQUEZ VÁZQUEZ, MARTA C-776
VÁZQUEZ VELA, VICTORIA C-505 C-506
VAZQUEZ VILLA, I. C-413
VAZQUEZ, A C-1116
VÁZQUEZ-SAEZ, RM C-500
VEGA PEREZ, A C-1074
VEGA VAZQUEZ, FRANCISCO JAVIER C-409
VEGAS MIGUEL, A. C-375 C-755
VELA MARQUINA, M.LUISA C-1014 C-1016
VELA ROMERO, C. C-141
VELARDO HARNÁNDEZ, A. C-184 C-214 C-1032
VELASCO MORALES ANA BELÉN C-682
VELASCO RODRÍGUEZ, M C-431
VELASCO RODRÍGUEZ, MJ C-41 C-729 C-731
VELASCO SÁNCHEZ , E. C-175
VELAYOS AMO, C. C-107 C-364
VELLIDO GONZÁLEZ DOLORES C-515
VENTURA, P E C-820
VERA ESPARTERO JM C-511 C-602 C-937
VERA RODRIGUEZ, M. C-977
VERDE SEVILLA, PEDRO C-553
VERDEJO RECHE, F C-462 C-554
VERDUGO GUERRERO, M C-381
VERGARA CHOZAS, JM. C-719
VERGARA ROMERO, M. C-855
VIAL ESCOLANO, R C-810
VICENTE GOMEZ A. C-1109
VICENTE HUERTAS D C-511
VICENTE ITURBE, C C-895 C-912
VICENTE MAÑES C-941
VICENTE MARTÍN, I E-46
VICENTE MARTÍNEZ, R. C-439
VICENTE SANTANA LÓPEZ C-573 C-834
VICIANO N. C-863
VICTOR ETXENAGUSIA CAPELASTEGUI C-457
VICTORIA GOSALBES C-144
VIDAL ESPAÑA F E-22 C-20
VIDAL ESTEVE, E. C-322 C-324 C-423 C-568 C-924 C-1046
VIDAL MILLA, A E-96
VIDAL NAVARRO, J. C-1036
VIDAL SERRANO, S. C-580 C-881 C-936
VIDAL, E C-617
VIEIRA GONZALVES V C-638 C-642
VIEITEZ FERNANDEZ VIRGINIA C-1112
VIEJO CASAS, A. E-73
VIGUERAS PAREDES, PABLO C-320
VILA G C-654
VILA SANTASUANA A C-460
VILA, J. C-147 C-149
VILA, ROSA C-811
VILANOVA CARDENAL, F C-866
VILAPLANA GARCIA, A E-25 C-78 C-355
VILARASAU FARRÉ, J. C-994
VILASECA A. C-715
VILCHES LOZANO MANUEL C-763
VILCHEZ ROJAS, J.L. E-93 C-915 C-993

VILLA VALLE, R E-9 C-26 C-571
VILLÀ-BLASCO, MC. C-344
VILLACÉ GALLEGO, A. C-898
VILLALBA C. C-863
VILLALBI, JR. C-894
VILLAMOR BORREGO, M C-551
VILLANUEVA GONZÁLEZ, R E-50
VILLANUEVA GUERRERO L., C-663 C-1007 C-1008 C-1021 C-1022 C-1025
VILLANUEVA MARTINEZ A. C-380
VILLAR DEL MORAL, J C-41
VILLAR F C-929
VILLAR LORENZO, A. B. E-98
VILLAR SANCHEZ, MI C-808
VILLAR VELASCO, C C-669
VILLAR, A C-411
VILLAR, I. C-791
VILLA-VALLE R. E-31 C-1099 C-1100
VILLEGAS PORTERO R C-347 C-922
VILLÉN SÁNCHEZ JA C-875 C-1054
VINUESA MONTOYA, S. C-304
VINUESA SEBASTIAN , M E-30 C-249
VIÑA CARREGAL, B C-232
VIÑADO OTEO, BERTA C-523
VIÑAS VERA, C C-651
VIÑUALES SOTO A C-82
VIRTUDES PEÑALVER CELDRAN C-973
VISCONTI GIJON, J. C-450 C-688
VISEDO LÓPEZ, JOSE ANTONIO C-320
VITALLER BURILLO,J. E-82
VIVANCO GÓMEZ, M.L. C-33 C-427
VIVES VIVES, E. C-920
VIVET FERRER, RMª C-764
VIVÓ BLASCO, A. C-855
WALLMANN R C-99
XAVIER CORBELLA C-1078
XAVIER GOMILA VILA C-202
YAGÜE ENCINAS, E. C-375
YAGUI BELTRÁN MIRIAM SORAYA C-136
YAÑEZ BRAVO CONCEPCIÓN C-682
YARRITU FERNÁNDEZ, C. E-18 E-26
YETANO, J E-79
YNFANTE I E-66
YOLANDA GARCIA CARO C-243 C-376
YOLANDA HONTIYUELO GOMEZ C-227
YOLANDA IZAQUIERDO PEREZ C-404
YOLANDA OLAIZOLA NOGALES C-86
YOLANDA SANCHEZ ACHA C-573
YOLLER ELBURGO, ANA BLANCA E-67
YSAMAT MARFÁ, M C-1 C-155 C-862
YUSTE ORTEGA, I C-231
ZABALA BAYONA, I. C-32 C-33
ZABALLA,T. C-448
ZAFRA CERES MERCEDES C-1057
ZALDIBAR QUINTANA, J. C-1051
ZAMBOSCHI NICOLÁS C-261
ZAMORA GARCÍA, R. C-141
ZAMORA, C. C-111
ZAPATA GARCÍA, V. C-235
ZAPATA LOPEZ, LM C-384
ZAPATA PEREZ, R. C-44
ZAPICO FERNANDEZ, I C-163
ZARATE RISCAL, L. C-716
ZARCA DÍAZ DE LA ESPINA, MA C-46
ZAZO CARRETERO, J C-303
ZUAZO OCAMICA, I C-766
ZUBIZARRETA GARCÍA, J. E-18
ZULUAGA GOMEZ A. C-909
ZÚÑIGA RODRÍGUEZ, C E-50
ZURERA COSANO, ISABEL C-495

ÍNDICE GENERAL

DECISIONES COMPARTIDAS Y RESPONSABILIDAD DEL CIUDADANO **15**

E-33 a E-44 17
C-136 a C-140 23
C-156 a C-160 25
C-175 a C-179 28
C-195 a C-199 30
C-215 a C-219 33
C-235 a C-239 35
C-255 a C-259 38
C-275 a C-279 40
C-317 a C-387 43
C-488 a C-492 78
C-510 a C-512 81

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y ACREDITACIÓN **83**
E-50 a E-51 85
E-85 a E-99 86
C-862 a C-920 93
C-922 a C-1040 123

MODELOS DE GESTIÓN CLÍNICA **183**
E-1 a E-23 185
E-25 a E-26 196
E-59 197
E-100 198
C-1 a C-135 199
C-141 a C-155 266
C-161 a C-174 274
C-180 a C-189 281
C-191 a C-194 286
C-200 a C-214 288
C-220 a C-234 295
C-240 a C-254 303
C-260 a C-274 310
C-280 a C-316 318
C-478 a C-487 336

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC) **343**
E-27 a E-32 345
E-101 348
C-1041 a C-1119 348

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES **389**
E-45 a E-49 391
E-52 a E-58 393
E-60 a E-84 397
C-388 a C-475 409
C-477 454
C-493 a C-507 454
C-513 a C-540 462
C-542 a C-797 476
C-799 a C-848 604
C-850 a C-861 629

ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN HOSPITALES Y ATENCIÓN PRIMARIA **637**

ÍNDICE DE COMUNICADORES **655**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL

JUNTA DE ANDALUCIA

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

AENOR

Almirall
Soluciones pensando en ti

Bayer

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

Boehringer Ingelheim

sanofi aventis
La Salud es lo esencial

JANSSEN-CILAG
El valor de innovar

ESTEVE
más cerca

NOVARTIS

MSD

OXIMESA

Pfizer

TÜVRheinland®

Roche

DNV

SALVAT
innovación y calidad