XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

VIII CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

MURCIA
04 / 07 OCTUBRE 2011

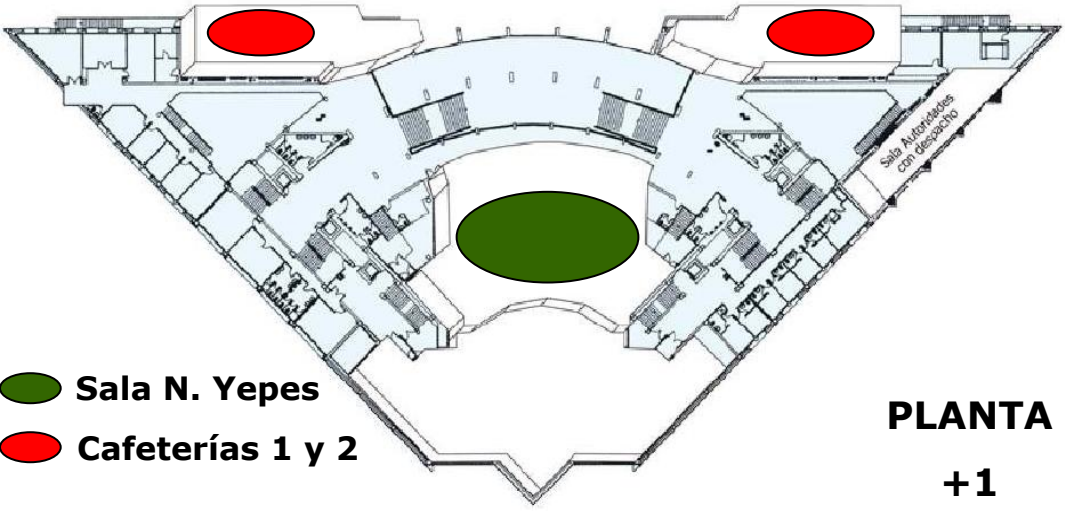
SECA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

PROGRAMA /

www.calidadasistencial.es
www.somuca.es

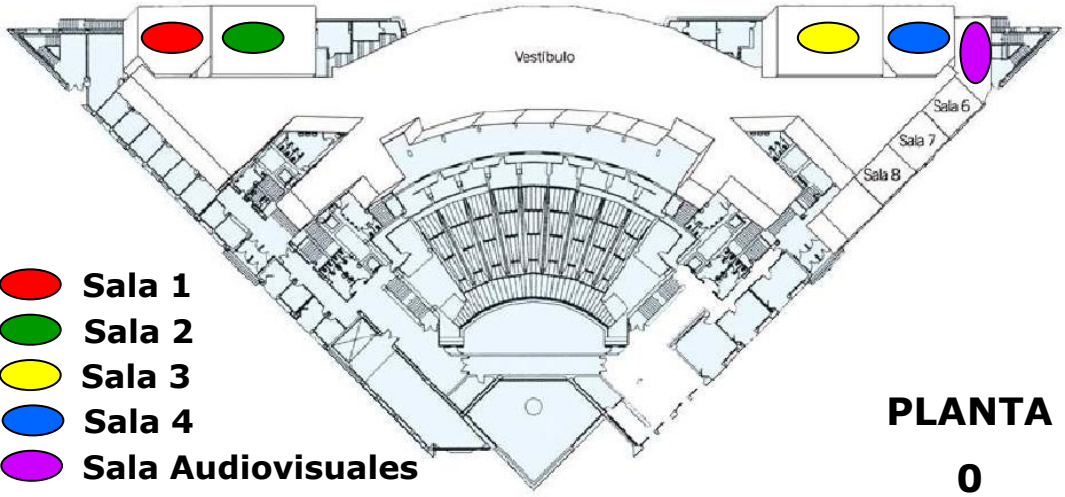
Planos del Auditorio



Sala N. Yepes

Cafeterías 1 y 2

PLANTA +1



Sala 1

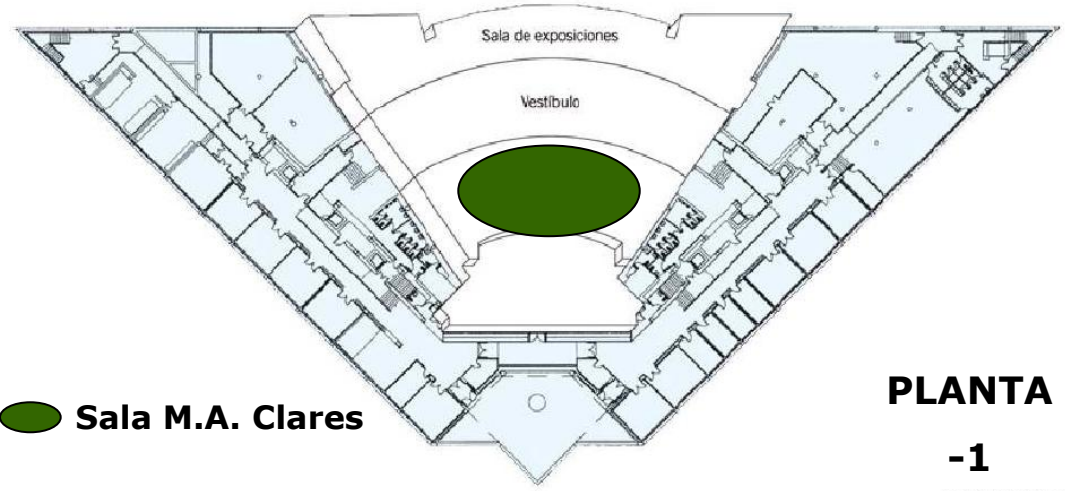
Sala 2

Sala 3

Sala 4

Sala Audiovisuales

PLANTA 0



Sala M.A. Clares

PLANTA -1

Miércoles 5 (Sesión Mañana)	
08.00 h	**Registro de Participantes y Entrega de Documentación.**
09.00 h	**Conferencia Inaugural.** Modera: José Antonio García Córdoba. *Director General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.* *Conferencia:* **La Gestión de la Calidad en tiempos de crisis.** José Ramón Repullo Labrador. *Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.*
10.00 h	**Inauguración Oficial del Congreso**
10.30 h	**Sesión Plenaria 1: Del Usuario al Paciente Informado, ¿cuánto hemos cambiado?** ***Mesa patrocinada por Novartis.*** Modera: Rafael Gomis Cebrian. *Presidente del Comité Organizador.* Conferencia: **Paternalismo, autonomía y paciente competente: 10 años de una historia inacabada.** José Joaquín Mira Solves. *Profesor Titular. Departamento de Psicología de la Salud. Área de Psicología Social. Universidad Miguel Hernández*. Ponencia: **La participación democrática sanitaria de las Asociaciones de Pacientes en España: ¿realmente significativa…?.** Joana Gabriele Muñiz. *Directora del Foro Español de Pacientes.* Ponencia: **Nuevas modalidades de cuidados para una atención sostenible y centrada en el paciente.** Carmen Hernández Carcereny. *Coordinadora de la Unidad de Atención Integrada. Hospital Clinic de Barcelona.*

12.00 h	**Sesión de Comunicaciones I** **Sala 1.- Certificación I:** C001 a C009 **Sala 2.- Procesos/C. Formal:** C010 a C018 **Sala 3.- Efectividad/Eficiencia:** C019 a C027 **Sala 4.- Procesos:** C028 a C036 **Sala Clares.- Seguridad I:** C037 a C045 **Sala Yepes.- Cuidados/Dolor:** C046 a C054
14.00 h	**Almuerzo de trabajo. Edificio Anexo Auditorio**

Miércoles 5 (Sesión Tarde)	
16.00 h	**Sesión de Comunicaciones II** **Sala 1.- Certificación II:** C055 a C066 **Sala 2.- Seguridad II:** C068 a C077 **Sala 3.- Gestión I:** C078 a C089 **Sala 4.- Calidad Percibida I:** C090 a C101 **Sala Clares.- Evaluación I:** C102 a C113 **Sala Yepes.- Cuidados:** C114 a C125
18.00 h	**Sesión Plenaria 2: Calidad y Sistemas de Información. Ni contigo, ni sin ti.** Modera: Tomás S. Fernández Pérez. *Director Gerente del Área VI de Salud. Servicio Murciano de Salud.* *Conferencia*: **Nuevos sistemas de información: posibilidades y limitaciones para la evaluación de la calidad asistencial.** Salvador Peiró Moreno. *Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia.* Ponencia: **La implantación de la Historia Clínica Electrónica en los Servicios de Salud. Algunos resultados.** Javier Carnicero Giménez de Azcárate. *Director del Observatorio del Sistema Nacional de Salud*.

18.00 h	Ponencia: **La tecnología al servicio de la Atención Primaria como herramienta para la mejora de la calidad.** Hipólito Caro Moreno. *Director de Atención Primaria, Unidad de Hospitalización a Domicilio y Psiquiatría del Departamento de Torrevieja*.
19.30 h	**Asambleas de las Sociedades Española y Murciana de Calidad Asistencial**

Jueves 6 (Sesión Mañana)	
09.00 h	**Sesión de Comunicaciones III** **Sala 1.- Tecnología:** C126-C135 **Sala 2.- Evaluación II:** C136-C147 **Sala 3.- Medicamento-Accesibilidad:** C148-C157 **Sala 4.- Calidad Percibida II:** C158-C168 **Sala Clares.- Continuidad:** C169-C178 **Sala Yepes.- Seguridad III:** C179-C189
11.00 h	**Simposio 1: La Perspectiva de la Calidad Asistencial desde diferentes Organizaciones** ***Sesión Científica patrocinada por Boehringer Ingelheim.*** Modera: Emilio Ignacio García. *SECA-Cádiz.* Intervienen: **Las Guías de Práctica Clínica en la Gestión Asistencial de las Administraciones Sanitarias.** María Isabel Dotor *(Administración).* **Visión de la Industria ante el Riesgo Compartido.** Ramón Luís Yague. *(Farmaindustria*). **Sostenibilidad del Sistema Sanitario y Libertad de la Práctica Clínica.** Julio Zarco*. (Sociedades Científicas).*

11.00 h	**Simposio 2: Gestión del Dolor en el Sistema Sanitario Nacional** ***Sesión Científica patrocinada por Grünenthal.*** Modera: Rafael Gomis Cebrián. *SOMUCA-Murcia.* Intervienen: **Proyecto de Construcción de Indicadores de Buenas Prácticas en el Tratamiento del Dolor.** Francisco López Soriano. *Unidad del Dolor del Hospital Comarcal de Noroeste. Caravaca de la Cruz.* **Hospital Sin Dolor.** Paloma Aparicio Grande. *Supervisora de Enfermería. Comisión Hospital Sin Dolor. Hospital Universitario La Paz.*
	Simposio 3: Avances en Gestión Clínica. (Presentación y distribución del documento de SECA "Gestión Clínica en Unidades del Corazón") ***Sesión Científica patrocinada por Merk, Sharp & Dohme (MSD).*** Modera: Antonio Torres Olivera. *SECA- Sevilla.* Intervienen: **Elementos de Éxito de la Gestión Clínica.** Víctor Reyes Alcázar. *Responsable de Gestión del Conocimiento de la ACSA.* **Características de una Unidad de Gestión Clínica del Corazón.** Ángel Martínez Martínez. *Director de la UGC del Corazón. Sevilla.* **Continuidad Asistencial entre diferentes Unidades de Gestión Clínica.** Juan José Gómez Doblas. *Director de la UGC del Corazón. Málaga.*
	Simposio 4: La calidad en la atención al paciente con melanoma. Diseño del proceso de melanoma e indicadores de calidad para esta patología. ***Sesión Científica patrocinada por Bristol – Myers Squibb.*** Intervinientes pendientes de confirmación.

12.00 h	**Sesión Plenaria 3: Seguridad del Paciente: 10 años de avances y 10 más de retos.** Modera: Luis González-Moro Prats. *Director Gerente del Área V de Salud. Servicio Murciano de Salud.* Conferencia: **Seguridad del paciente: del primum non nocere al ¿perpetuum mobile?.** Carlos Aíbar Remón. *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. Hospital Clínico Lozano Blesa.* Ponencia: **Iniciativas de Seguridad del Paciente a gran escala: lecciones aprendidas en el IHI.** Pedro Delgado. *MSc, Executive Director, IHI (Institute for Healthcare Improvement).* Ponencia: **Cuidados de enfermería y seguridad del paciente: Proyecto GREMCCE.** Teresa Ramón Esparza. *Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.*
14.00 h	**Almuerzo de trabajo. Edificio Anexo Auditorio.**

Jueves 6 (Sesión Tarde)	
16.00 h	**Sesión de Comunicaciones IV** **Sala 1.- Gestión II:** C190-C201 **Sala 2.- Seguridad IV:** C202-C212 **Sala 3.- Medicamentos:** C213-C224 **Sala 4.- Calidad Percibida III:** C225-C236 **Sala Clares.-Evaluación III:** C237-C248 **Sala Yepes.- Seguridad V:** C249-C258
18.00 h	**Sesión Plenaria 4: La Gestión de la Calidad y la Calidad de la Gestión.** Modera: Pedro Parra Hidalgo. *Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.* Conferencia: **Diez años de Gestión de la Calidad: del dicho al hecho.** Oscar Moracho del Río. *Experto en Gestión Sanitaria.*

18.00 h	Ponencia: **Experiencia de 15 años en la aplicación del Modelo de Excelencia EFQM en el Hospital Galdakao-Usansolo.** Santiago Rabanal Retolaza. *Gerente del Hospital Galdakao-Usansolo. Osakidetza.* Ponencia: **El Proceso Asistencial Integrado: la mejor evidencia en la ruta del paciente. Evaluación y mejora continua a lo largo de una década.** Javier Terol Fernández*. Director del Distrito Sanitario de Atención Primaria del Valle de Guadalhorce.*
21.00 h	**Cena del Congreso**

Viernes 7 (Sesión Mañana)	
09.30 h	**Mesa de Comunicaciones Pósters seleccionadas para Premio.** Modera: Julio López-Picazo Ferrer. *Secretario del Comité Científico.* **P008.-** El E-paciente en la mejora de la calidad monetaria asistencial. **P040.-** Evaluación y mejora del seguimiento del paciente diabético Tipo II en el Centro de Salud de Torre Pacheco Oeste. **P132.-** El deber ético de aprender sin estigmatizar. **P152.-** Análisis de errores de prescripción. **P174.-** Fuentes de estrés y síndrome de quemarse por el trabajo en la Unidad de Urgencias de un Hospital General Universitario. **P190.-** Disminución del número de problemas relacionados con los medicamentos citostáticos. Análisis de nuestra experiencia. **P274.-** HAMARREKOS Información en red: un trabajo de abajo arriba. **P283.-** ¿Mejora la aplicación del Happy-Audit el diagnóstico y tratamiento de las

09.30 h	faringoamigdalitis agudas? **P338.-** Evaluación y mejora de Calidad Asistencial: Informe de continuidad de cuidados de Enfermería al alta del paciente.
10.30 h	**Mesa de Comunicaciones Orales seleccionadas para Premio.** Modera: Julián Alcaraz Martínez. *Secretario del Comité Organizador.* **C259.-** Fibrilación auricular, cada vez más frecuente. Rediseño del Proceso Asistencial para acercarlo a la Atención Primaria. **C260.-** Proyecto LIDERA: Un impulso al liderazgo en MUTUALIA. **C261.-** Foro de inspiración para el aprendizaje, emprendizaje e innovación. **C262.-** Programa Gestión de Casos Complejos (PGCC): Evaluación de la efectividad. **C263.-** Evolución de los Indicadores de Calidad y Eficiencia basados en los ACG en Atención Primaria. **C264.-** Creatividad en el Nuevo Plan Estratégico del Hospital. **C265.-** Innovación en la Evaluación y Mejora del Proceso Quirúrgico: Metodología Lean Helthcare. **C266.-** Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos. **C267.-** Cultura de Seguridad en los Servicios de Urgencias de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español.
12.00 h	**Sesión Plenaria 5: Mejores Experiencias del Congreso.** Modera: Manuel Alcaraz Quiñonero. *Presidente del Comité Científico.* Ponencia: **Historia Clínica Electrónica Única por Paciente en Osakidetza, las palabras**

12.00 h	**conmueven, pero el ejemplo arrastra.** Rafael Sánchez Bernal. *Director Médico del Hospital Universitario de Álava. Txagorritxu.* Ponencia: **Mejora de la calidad de la asistencia perioperatoria en cirugía cardíaca.** José Antonio Herrero Martínez. *Médico del Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas Área I Murcia – Oeste. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca*. Ponencia: **Plan de Seguridad de Pacientes del Hospital Universitario Vall d`Hebrón. Planificación, despliegue y resultados**. Roser Anglés Coll. *Seguridad de pacientes. Dirección de procesos y calidad. Hospital Universitario Vall d'Hebron.* Ponencia: **Desarrollo de una red de Centros y Unidades de Prácticas Seguras.** Pastora Pérez Pérez. *Responsable de la red de centros. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*.
13.30 h	**Entrega de Premios y Clausura del Congreso**

AGRADECIMIENTOS

Las Sociedades Española y Murciana de Calidad Asistencial, desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes Instituciones y Empresas:

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

Gobierno de España
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

MSD

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Boehringer Ingelheim

GRÜNENTHAL

Colegio Oficial de Enfermería Región de Murcia

NOVARTIS

Pfizer

janssen
Johnson & Johnson

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

AMGEN
20 AÑOS
Amgen SA 1990-2010

Almirall
Soluciones pensando en ti

AENOR

Datix
Software for patient safety

XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

VIII CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

MURCIA
04 / 07 OCTUBRE 2011

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

LIBRO DE PONENCIAS /

www.calidadasistencial.es
www.somuca.es

INDICE

CONFERENCIA INAUGURAL: 4

La Gestión de la Calidad en tiempos de crisis. **José Ramón Repullo Labrador**. 5

SESIÓN PLENARIA 1 18

Paternalismo, autonomía y paciente competente: 10 años de una historia inacabada. **José Joaquín Mira Solves**. 19

La participación democrática sanitaria de las Asociaciones de Pacientes en España: ¿realmente significativa…?. **Joana Gabriele Muñiz.** 29

Nuevas modalidades de cuidados para una atención sostenible y centrada en el paciente. **Carmen Hernández Carcereny.** 31

SESION PLENARIA 2 40

Nuevos sistemas de información: posibilidades y limitaciones para la evaluación de la calidad asistencial. **Salvador Peiró Moreno.** 41

La implantación de la Historia Clínica Electrónica en los Servicios de Salud. Algunos resultados. **Javier Carnicero Giménez de Azcárate.** 53

La tecnología al servicio de la Atención Primaria como herramienta para la mejora de la calidad. **Hipólito Caro Moreno.** 63

SESION PLENARIA 3 67

Seguridad del paciente: del primum non nocere al ¿perpetuum mobile?. **Carlos Aibar Remón.** 68

Iniciativas de Seguridad del Paciente a gran escala: lecciones aprendidas en el IHI. **Pedro Delgado.** **75**

Cuidados de enfermería y seguridad del paciente: Proyecto GREMCCE. **Teresa Ramón Esparza**. **80**

SESION PLENARIA 4 **87**

Diez años de Gestión de la Calidad: del dicho al hecho. **Oscar Moracho del Río**. **88**

Experiencia de 15 años en la aplicación del Modelo de Excelencia EFQM en el Hospital Galdakao-Usansolo. **Santiago Rabanal Retolaza.** **105**

El Proceso Asistencial Integrado: la mejor evidencia en la ruta del paciente. Evaluación y mejora continua a lo largo de una década**.** **Javier Terol Fernández**. **121**

SESION PLENARIA 5 **127**

Historia Clínica Electrónica Única por Paciente en Osakidetza, las palabras conmueven, pero el ejemplo arrastra. **Rafael Sánchez Bernal.** **128**

Mejora de la calidad de la asistencia perioperatoria en cirugía cardíaca. **José Antonio Herrero Martínez.** **139**

Plan de Seguridad de Pacientes del Hospital Universitario Vall d`Hebrón. Planificación, despliegue y resultados. **Roser Anglés Coll.** **141**

Desarrollo de una red de Centros y Unidades de Prácticas Seguras. **Pastora Pérez Pérez.** **153**

Conferencia Inaugural

La Gestión de la Calidad en tiempos de crisis.

José Ramón Repullo Labrador. *Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.*

jrepullo@isciii.es

Introducción:

La calidad es un atributo íntimamente ligado a la estructura, organización y funcionamiento de los servicios sanitarios; la calidad legitima el sistema público de salud, y otorga a los poderes públicos capacidad real de aportar ciudadanía y cohesión social. Mantener y mejorar la calidad siempre es un reto; pero cuando el entorno se vuelve adverso por la escasez de recursos financieros y el ascenso de situaciones de necesidad social, el compromiso con la calidad se torna en una verdadera apuesta de defensa de conquistas sociales como es la protección de la salud y la equidad.

En esta presentación se busca caracterizar el presente entorno de crisis financiera y presupuestaria, explorar el escenario de sostenibilidad antes y en medio de la crisis económica de 2008, y esbozar algunas ideas clave sobre la salvaguarda de la calidad en nuestro Sistema Nacional de la Salud.

1- Tiempos de crisis:

No merece la pena gastar tiempo ni energías en explicar que estamos en un escenario recesivo que afecta especialmente a los presupuestos públicos. Aunque hasta 2010 parece que los agentes del sector no querían reconocerlo, o pensaban que nunca llegaría a afectar a "un servicio tan sensible" como la sanidad. Como vemos, la técnica del avestruz no funciona cuando los problemas son reales y de una gran dimensión.

En esencia, la secuencia de respuestas fue la siguiente: 18 marzo de 2010 el Consejo Inter-Territorial del SNS (CISNS) aprueba un primer paquete de medidas para promover "la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS"; el núcleo duro (y el único realizable o de interés ante el pánico de insuficiencia presupuestaria), era el ahorro estimado de 1.500 millones de euros mediante una modificación del sistema de precios de referencia, rebaja de precios de medicamentos genéricos y fijación de precios máximos para medicamentos de síntomas menores.[1]

Pero las cosas se complican en el ámbito internacional; la falta de confianza en la economía española, y el encarecimiento de la deuda soberana, lleva a que se presente al ECOFIN (Consejo de Asuntos Económicos y Financieros de la Unión Europea) de 8-9 de mayo de 2010, un plan de ajuste (mecanismo europeo de estabilización financiera)[2], que supone medidas muy drásticas: recorte sueldos para empleados públicos, y un paso adicional en el recorte del gasto farmacéutico (también vía precios y márgenes)[3]

La estrategia del Gobierno de España ante la crisis se basa en tres fuentes de ahorro o generación de ingresos: ½ vía recorte en gastos + ¼ vía recuperación económica + ¼ aumento de impuestos.

---

[1] Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.
http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf

[2] Comunicado de Prensa; Sesión extraordinaria del Consejo Asuntos Económicos y Financieros
Bruselas, 9 y 10 de mayo de 2010.
http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ecofin/114347.pdf

[3] Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.
http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/24/pdfs/BOE-A-2010-8228.pdf

En su versión actual, el Programa de Estabilidad 2011-2014[1] establece unos objetivos de reducción del déficit público muy estrictos partiendo del cumplimiento de los objetivos en 2010: 9,24% de déficit y deuda pública del 60,1% del PIB. Los objetivos de déficit público serían: 6% en 2011, 4% en 2012, 3% en 2013 y 2,1% en 2014.

El escenario de la administración general del Estado tiene el problema de que el grueso de los servicio de bienestar (salvo la Seguridad Social) está totalmente transferido a las CCAA desde enero de 2002, y bajo su gestión ha seguido mostrando las mismas tendencias inflacionarias seculares, lógicas si se plantea el retraso histórico en el gasto social y las expectativas de convergencia con la UE-15.

En el caso de la sanidad pública, la tendencia es más acusada, y mantiene o aumenta la inveterada práctica de la irresponsabilidad presupuestaria (gastar más que lo presupuestado y presupuestar menos de lo que se sabe que se va a gastar): las CCAA desarrollan tras la trasferencia y extinción del INSALUD (2002-2003) una dinámica de gasto en personal e inversiones muy acusada; la operación de saneamiento de la Conferencia de Presidentes (2005) supone la séptima operación de rescate en la democracia para la sanidad pública, y da confianza a los gestores autonómicos de que los efectos financieros de la gestión temeraria será finalmente asumidos por el Estado central. El ciclo se repite en las promesas electorales de 2007, pero en 2008 no aparece el gobierno central al rescate, sino que lo que emerge es la crisis económica, que golpea brutalmente ese año y el 2009, reduciendo un 15% los ingresos tributarios del Estado.

---

[1] Programa de estabilidad de España, 2011-2014 http://serviciosweb.meh.es/apps/dgpe/TEXTOS/progest/progest.pdf

Las CCAA van acumulando en 2009 y 2010 una deuda creciente, que en buena medida se origina en la sanidad, y que se residencia en los retrasos de pagos a suministradores externos. Algunas CCAA han usado la externalización de inversiones (las Iniciativas de Financiación Privada) para eludir los controles de endeudamiento y seguir haciendo obras de hospitales y centros sanitarios, con la ventaja de la rapidez que permite inaugurar antes de las siguientes elecciones, pero el oportunismo de trasladar la obligación financiera a legislaturas y generaciones venideras.

Cuando se enfrenta el sector sanitario a un recorte brusco de su financiación, se plantea un gran problema: los activos son específicos (no fáciles de redirigir a otra utilidad) y en entornos públicos la gestión de la disminución provoca enormes problemas políticos. De ahí que surjan desesperados intentos de no tener que disminuir, sino de buscar financiación exterior, bien sea presupuestaria (¿de donde se saca, o a quien se le quita?), de nuevos impuestos, o de introducir copagos adicionales por la utilización de servicios.

En un plano técnico, hay un rechazo creciente a pedir una adición lineal de recursos: las ineficiencias estructurales llevan a inflación de gastos en determinados puntos del sistema, que luego son recompensadas por una financiación retrospectiva que consolida un crecimiento de recursos en aquellos elementos que hay sido capaces de romper el marco asignativo. Es el caso típico de las rúbricas presupuestarias abiertas, como farmacia o como tecnología financiada por consumibles y reactivos.

De esta forma, por ejemplo, la atención primaria, la salud pública, las intervenciones de alto contacto y baja tecnología (high touch vs high tech), y los programas de crónicos y paliativos, tienden a perder posiciones frente a otras intervenciones donde la fascinación tecnológica domina y ejerce su capacidad de seducción al nivel clínico, gerencial y político.

Por lo anterior, parecería lógico que la sostenibilidad externa en caso de ponerse en marcha, se diera con condiciones y con restricciones.

- Condiciones relativas a no consolidar linealmente los crecimientos de facto: vinculación (al menos en buena parte) a programas y acciones que reporten valor añadido y mejora
- de la efectividad de red.
- Y restricciones en el sentido de que cualquier apoyo financiero de la Administración General del Estado debe implicar que las Administraciones Autonómicas acepten elevar un tramo impositivo o un tributo cedido, durante el número de años o cuantía apropiada para co-financiar el rescate. Es bien conocido que la situación de que uno recauda y otros diecisiete gastan configura un modelo inestable que promueve el oportunismo y la gestión temeraria; de hecho, hemos visto que a la vez que se quita un impuesto autonómico, se puede estar exigiendo mejoras de la financiación central.

La sostenibilidad interna preocupa especialmente; existía antes de la crisis y queda en mayor evidencia tras el grave déficit de financiación que tenemos que afrontar. Revisaremos brevemente ambos escenarios de ineficiencias estructurales del modelo de medicina y sistemas sanitarios.

2- La Sostenibilidad interna en tiempos de bonanza (antes de la crisis).

Ya teníamos un problema: la llamada "*flat of the courve medicine*"[1], o medicina en la parte plana de la curva de

[1] Fuchs VR. Perspective: More Variation In Use Of Care, More Flat-Of-The-Curve Medicine. Health Affairs, 2004: doi: 10.1377/hlthaff.var.104 http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.104.full.pdf

rendimientos; a partir de los 600 dólares de gasto sanitario per cápita, la curva de incremento de cantidad y/o calidad de vida se aplana; más gasto sanitario no significa más salud; crece geométricamente el coste de oportunidad del gasto sanitario (lo que dejamos de hacer por invertir más y más recursos en asistencia sanitaria).

Ejemplos claros de esta espiral de encarecimiento de la medicina lo encontramos en el gasto farmacéutico, particularmente en los nuevos medicamentos biosintetizados; en esencia son moléculas que aportan un grano de efectividad (a veces forzada por estudios de compleja interpretación y con resultados adversos no bien esclarecidos), pero que suponen una montaña de costes. La falta de interés de los médicos por los costes complica la gestión de estos dilemas; de hecho, por ejemplo, a los oncólogos estadounidenses no son sensibles a costes por QUALY hasta un nivel de 300.000 dólares. [1]

En este misma línea, encontramos la inflación creciente de pruebas diagnósticas; tanto en cantidad (intentando saturar con pruebas el espacio de incertidumbre para la toma de decisiones), como en costes unitarios (buscando niveles de información analítica o de imagen de alto nivel pero de escasa repercusión en la caracterización nosológica o en las decisiones clínicas). Es clásico el trabajo de Fisher y cols, donde comparando hospitales y procesos similares, demuestra oscilaciones de un 72% de costes no relacionados con la calidad, e imputables a procedimientos diagnósticos y a consultas de evaluación y control (revisiones sucesivas).[2]

---

[1] Eric Nadlera, Ben Eckertb, Peter J. Neumannb. Do Oncologists Believe New Cancer Drugs Offer Good Value?
The Oncologist February 2006 vol. 11 no. 2 90-95.
http://theoncologist.alphamedpress.org/content/11/2/90.abstract

[2] Elliott S. Fisher, David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas, and Étoile L. Pinder. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. Ann Intern Med. 2003 Feb 18;138(4):288-98

Precisamente el atrapamiento o secuestro de pacientes en niveles asistenciales no apropiados es una de las características más ineficientes del esquema asistencial de red existente en la actualidad (en atención primaria mermando el espacio de auto-cuidados del paciente, y en atención especializada mermando el espacio del médico de atención primaria).

La deriva crecientemente divergente entre la visión de los pacientes, y el universo tecnificado e hiper-especializado del hospital, lleva a una creciente desconfianza, que se manifiesta en quejas, conflictos y denuncias. Esto lleva a hacer más prescripciones, indicaciones de pruebas y consultas de las necesarias, por una parte, y también a evitar determinadas intervenciones o pacientes que podrían dar luego lugar a problemas legales[1].

Y otro factor de expansión irracional proviene de problemas y malestares ampliamente extendidos en la población, pero que hasta ahora no se habían medicalizado ni medicamentalizado; el disease mongering o invención de enfermedades, se combina con una expansiva interpretación profesional de los factores de riesgo; como reseña Kaplan, con la guías recientes de colesterol, hipertensión y glucemia, toda la población adulta virtualmente puede ser acabar recibiendo un diagnóstico de enfermo crónico.[2]

Simplemente reseñar que en 2005, en plena etapa expansiva del gasto sanitario público, hubo una clara señal del mundo científico de la salud pública, la gestión

---

[1] Studdert, DM et al. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. JAMA 2005;293:2609-2617. http://jama.ama-assn.org/content/293/21/2609.full

[2] Kaplan RM, Ong M. Rationale and Public Health Implications of Changing CHD Risk Factor Definitions
Annual Review of Public Health. 2007; 28:321-44
DOI: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144141
http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144141

y la investigación en servicios sanitarios, donde más de 30 autores proponían trabajar en los problemas estructurales del Sistema Nacional de Salud, descritos en cinco bloques: suficiencia, sostenibilidad, equidad, gobernabilidad y racionalidad; y planteaba trabajar en un nuevo contrato social para un SNS sostenible. Este proceso de abogacía, apoyada por agentes sociales, fue claramente desatendida por los agentes políticos, quedando un libro como referencia y testimonio de lo que se podría haber hecho en épocas de vacas gordas, y ahora tocará hacerlo con mayor dificultad y coste social en época de vacas flacas[1].

3- La sostenibilidad interna en medio de la crisis.

Un nuevo género de literatura en política sanitaria se ha desarrollado desde 2008: las recetas para ahorrar dinero y superar el enorme bache financiero.

El Kings Fund tiene un interesante documento donde clasifica sus medidas en aquellas que buscan mejorar el uso efectivo de los factores de producción (hacer correctamente las cosas), y otras que miran a la eficiencia asignativa (hacer las cosas correctas)[2]. En un ámbito más próximo y con un sentido más abierto va la valoración por panel de medidas para mejorar la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud que hacen Peiró, Artells y Meneu, en donde se identifica claramente el problema local de partitocracia, corrupción y costes de interferencia políticos y problemas de Buen Gobierno.[3]

---

[1] Repullo JR, Oteo LA (eds). Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Barcelona: Ariel, 2005.
[2] John Appleby, Chris Ham, Candace Imison, Mark Jennings. Improving NHS productivity. The King´s Fund, July 2010 http://www.kingsfund.org.uk/publications/improving_nhs.html
[3] Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2011;2 (25):95-105 http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90003170&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=56&acci

Otro trabajo, de la consultora Antares, refleja un conjunto articulado de 10 acciones estructurales orientadas a la sostenibilidad [1]: evaluación de tecnologías sanitarias, rendimiento y la productividad de los profesionales, copago en medicamentos, modelo de atención a pacientes crónicos, espacio sociosanitario alternativo a la hospitalización de agudos, prevención y promoción de la salud, servicios compartidos entre proveedores, medicina de tercer nivel (terciarismo), seguridad del paciente, y acelerar el retorno de la inversión de las TIC en salud.

En una ponencia en Alicante (Mayo 2011)[2] Eduardo Portella planteaba superar la parte plana de la curva con tres esfuerzos de corto plazo (economías de servicios compartidos), de medio plazo (retoques del modelo asistencial, como la reorientación a la cronocidad y el cambio de la estructura de gestión por especialidades), y de largo plazo (profesionalismo para gestionar la complejidad clínica).

En un artículo, en la revista de calidad asistencial, yo caracterizaba el crecimiento rápido de la última década, y proponía cinco estrategias para movilizar recursos de

---

on=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v25n02a90003170pdf001.pdf

[1] Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. Barcelona: Antares Consulting; 2011. http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee857c1e86ac325f514a6fcf5b4.pdf

[2] Ponencia realizada por **Eduard Portella, Presidente de Antares Consulting,** en la jornada organizada el 26 de mayo de 2011 por la Agència Valenciana de Salut y el Hospital San Joan:*Gestión Sanitaria en la crisis económica: 20 años después del Informe Abril.* http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/91dd9a3c7cba029afa4e4f6a6ec85058b4850174.pdf),

los depósitos de ineficiencia acumulados (convertir grasa en energía para salvar el músculo) [1]

a) Aumentar la productividad de centros, servicios y profesionales: no sólo cumplir con los tiempos contratados o con los objetivos pactados, sino rediseñar los procesos para mejorar la eficiencia productiva vía delegación, informatización y mejoras en la organización.

b) Movilidad intra-sectorial de los recursos para mejorar efectividad, eficiencia y calidad: el factor humano debe poder moverse mucho más que hasta pasando, por ejemplo, del concepto de hospital cerrado, a las redes hospitalarias abiertas (hospitales nodriza para apoyo a pequeños hospitales de proximidad y reorganización en red regional terciaria de la alta especialización)

c) Redistribución de cargas y ajuste correspondiente de recursos según evolucionan los procesos asistenciales: los modelos de asignación capitativa y el papel activo de la atención primaria como asesora de los contratos de gestión con atención especializada pueden ser una vía muy prometedora.

d) Priorizar lo que añade más valor: No siempre los principales esfuerzos se dedican a aquello que añade más valor: concentrar los esfuerzos en lo más efectivo (mayor ganancia de cantidad y calidad de vida relacionada con la salud), lo más grave (aquellos cuya calidad de vida es más baja), y lo más práctico (aquellas estrategias preventivas, asistenciales o paliativas que presenten mayor factibilidad en el contexto de nuestras organizaciones). En la reorientación del sistema

[1] Repullo JR. Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos (Ed). Rev Calid Asist. 2011; 26(1):1-4.

hacia los pacientes con enfermedades crónicas es donde la racionalidad organizativa y profesional puede aportar una enorme eficiencia y calidad reduciendo los cuidados inapropiados

e) Fomentar y desplegar motivaciones intrínsecas y trascendentes: despertar la motivación por el trabajo bien hecho (intrínseca) y por ayudar a los demás (trascendente).

Consideraciones finales: salvaguardar la calidad del SNS

En el escenario de los próximos cuatro o cinco años, deberemos ser capaces de articular una repuesta en las claves anteriormente definidas. Aunque pueda existir un rescate de baja intensidad (8.000 millones para reducir el tiempo de demora en pago a suministradores), el perfil sombrío de suficiencia y sostenibilidad se mantendrá.

Uno de los puntos más débiles para hacer frente a esta situación somos nosotros mismos; la cultura profesional y la gerencial han cristalizado un modelo reactivo, basado en la sostenibilidad externa y poco dado a concesiones o cambios substanciales.

Mover la cultura profesional y gerencial es hoy una prioridad; para la primera, habría que redefinir muchas variables que confluyen los principios y valores de la bioética; esto se recoge bien en una frase de Joaquín Ortuño, reseñada en el Libro Blanco de la sanidad de Madrid *"los médicos no son especialmente inicuos, sino que por el contrario, suelen tener un reservorio notable de ideales de servicio, deseos de hacer las cosas bien y sentimientos compasivos con los que sufren; buena parte de la alta reputación ciudadana reconoce este hecho. Pero tampoco son héroes altruistas o islotes de*

grandeza moral en un mundo corrupto" [1]. Para que siga habiendo medicina social en medio de un capitalismo de casino, la profesión médica y enfermera deben blindarse moralmente y ser capaces de nadar contra-corriente.

Para la cultura gestora habría que articular un conjunto de medidas de profesionalización de puestos directivos, y mecanismos de buen gobierno; la sanidad vasca ha tomado en esto el liderazgo [2], y en el Consejo de Europa hay un activo grupo que produce recomendaciones sobre la promoción del buen gobierno en la sanidad.[3]

Queda un problema al que no hemos sabido dar respuesta: la insoportable levedad del Sistema Nacional de Salud, que carece de mecanismos de gobierno y cooperación eficaces, y cuya difusa institucionalización no permite ni definir claramente derechos de aseguramiento, ni mecanismos de financiación para la cohesión, ni modelos de coordinación extra-competencial. Llegar a un acuerdo político para completar la institucionalización del SNS sería un punto de apoyo fundamental para esta etapa.[4] En concreto, ya

---

[1] Freire JM, Repullo JR, Oteo LA, Oñorbe M (eds). Libro Blanco de la Sanidad de Madrid. Madrid: Fundación para el Estudio de los Problemas de las Ciudades; 2011. http://librosanidadmadrid.es/wp-content/uploads/LibroBlancoSanidadMadrid(completoA4-web).pdf

[2] Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, 2011. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/nota_prensa/prensasanidad224/es_ps224/adjuntos/Buen%20Gobierno%202%20de%20marzo.pdf

[3] Página web del Consejo de Europa sobre Buen Gobierno en la Sanidad http://www.coe.int/t/dg3/health/goodgov_en.asp)

[4] Repullo JR. Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. Referent, 2009;(8):4-11. http://217.149.1.250/index.php?md=documents&id=3078&lg=cat

se planteó la creación de una Agencia del SNS[1], propuesta como alternativa para mitigar los costes de confrontación política en la gestión de interacciones del SNS (visualizado por los conflictos y la rivalidad política del Consejo Inter-territorial); en los últimos años, las reuniones discretas pero periódicas mantenidas por los responsables funcionales de gestión de los Servicios de Salud de las CCAA (personal, inversiones, estrategia de crónicos, etc.), dan la razón a la necesidad de planos técnicos de trabajo y organización que podrían beneficiarse de una estructura cooperativa más estable y estructurada; y en ella, la actual Agencia de Calidad sería posiblemente una de las piezas fundamentales.

Hay que tener en cuenta que el pesimismo es el arma de los que quieren hacer negocios con la salud; pero el optimismo autocomplaciente y a-crítico ha abonado, precisamente, la situación actual; necesitamos alejarnos de estos dos modelos deletéreos de comprensión de la realidad; en otros términos, abandonar el "confortable estado del malestar" (todos felices echando las culpas a otro de nuestros males), e invertir la senda actual de desorden, abandono y entropía.

La calidad se defiende haciendo buena medicina y enfermería día a día; pero también asumiendo entre todos nuevas iniciativas para hacer más funcionales y eficientes nuestras organizaciones: ensayando modelos de gestión clínica, buscando el trabajo por procesos entre niveles y con las redes sociales, evitando el despilfarro, y reorientando los esfuerzos hacia mejoras efectivas de la salud de nuestros conciudadanos.

---

[1] Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22(Supl 1): 118-25

Sesión Plenaria 1

Del Usuario al Paciente Informado, ¿cuánto hemos cambiado?

Paternalismo, autonomía y paciente competente: 10 años de una historia inacabada.

José Joaquín Mira Solves. *Universidad Miguel Hernández de Elche. Departamento 17, Consellería Sanitat. Alicante.*

Hace 57 años que E. Koos[1] introdujo la idea de que la satisfacción del paciente con la atención sanitaria recibida era una medida más del resultado de esa atención. Una afirmación de estas características no despertaría nuestra atención hoy día, pero a mitad del siglo XX constituía todo un desafío. El papel del paciente no era otro que obedecer al médico. Él, porque era casi siempre varón, procedía y decidía. Para situarnos en el tiempo, aún faltaban 3 años para que J. F. Kennedy iniciara una amplia reforma legislativa para lograr que los consumidores norteamericanos disfrutaran del derecho a ser informados, a elegir y a ser escuchados ante empresas, organismos e instituciones.

Unos pocos años más tarde, finales de los 60, A. Donabedian, en la que podemos considerar como carta constitucional[2] de la moderna calidad asistencial, defendió también el protagonismo de los pacientes en la evaluación de la calidad asistencial.

Es sabido que la influencia del prof Donabedian en el conjunto de los sistemas sanitarios ha sido muy notable y en los 70 y, sobre todo en los 80, asistimos a una proliferación de estudios que buscaban delimitar qué es la satisfacción del paciente, qué la compone, cómo se

---

[1] Koos, E. The Health of Regionsville. New York: Columbia University Press, 1954.
[2] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Millbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44:166-206.

mide y qué limitaciones tienen este tipo de medidas. Estos estudios tuvieron un efecto secundario, probablemente no esperado, influyendo en la manera de entender el rol de los pacientes en su relación con los profesionales y los sistemas sanitarios.

Pronto a estos pioneros le seguirían otros profesionales con una visión de los cambios que poco a poco se producirían y que abogaron por un cambio en la forma de entender las relaciones con los pacientes y que, a la postre, propició muchos de los cambios en derechos, cauces de participación y modos para implicar a los pacientes en las decisiones, sobre los que hoy seguimos debatiendo.

En lo concerniente a España, las instituciones que dieron los primeros pasos en esta dirección fueron el INSALUD[1] y el SAS[2], quienes presentaron en 1985 sendos informes centrados en la satisfacción de sus pacientes. Nuestro grupo de investigación se sumaría en 1987, llevando a cabo el primer estudio realizado en la Comunidad Valenciana, concretamente en el hospital de Alcoi[3]. En los 90, Osakidetza en el País Vasco y la Consellería de Sanidad en la Comunidad Valenciana, sistematizaron la medida de la satisfacción del paciente en sus ámbitos de responsabilidad territorial, dentro de ambiciosos programas de calidad y de humanización de la asistencia

---

[1] INSALUD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (encuesta de post-hospitalización). Insalud. Madrid 1985.
[2] Rodríguez C. Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Sevilla 1985.
[3] Aranaz J, Herrero F, Mira JJ. El hospital Virgen de los Lirios del Insalud de Alcoy dibujado por sus usuarios (encuesta de post-hospitalización). Monografía sanitaria. Dirección Provincial del Insalud de Alicante, Alicante: 1987.

sanitaria, en donde se realizaba un explícito reconocimiento de nuevos derechos de los pacientes. A finales de esta década hizo su aparición el Barómetro Sanitario, referencia actual para conocer la opinión de los españoles sobre los servicios sanitarios que reciben y que influye en la toma de decisiones de políticos y gestores.

Pero no solo se ha producido un cambio en los enfoques institucionales. En paralelo a los estudios y análisis institucionales en estos últimos diez años, hay que subrayar que la medida de la satisfacción del paciente se ha vuelto, primero frecuente, y después indispensable, en los ensayos clínicos y en general, en todos aquellos estudios que evalúan la efectividad de los tratamientos[1].

Este final de los 90 nos trajo otro cambio importante que no debe pasar inadvertido. Empezamos a dejar a un lado la satisfacción del paciente, para reclamar una atención centrada en el paciente[2] [3] [4]. La idea pasaba por aprovechar el conocimiento del paciente (expectativas, preferencias y percepciones de la atención) para mejorar los resultados asistenciales. De ahí a reclamar una mayor autonomía (autonomía responsable podemos añadir) solo había un pequeño paso. Y en este camino nos encontramos ahora.

---

[1] Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000;114 (Supl 3):26-33.

[2] Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. JANO 1994;, 24: 11-12.

[3] Reisdorfer JT. Building a patient-focused care unit. Nursing Manage 1996; 27: 38-44.

[4] Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. En: Aranaz J, Vitaller J (Eds) La Calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. IVESP, Generalitat Valenciana. Valencia 1999.

La "atención sanitaria centrada en el paciente" partía de la idea de que no sólo hay que respetar los derechos del paciente como persona y como enfermo[1], sino que también es necesario facilitarle participar en el proceso asistencial y organizar la atención tomando en cuenta sus necesidades, expectativas y preferencias, ya que es poseedor de información crítica tanto para él/ella como para otros pacientes, información sobre aspectos de los que los profesionales muchas veces son ignorantes (cómo cocinar un plato preferido respetando la dieta, cómo queda mejor un pantalón o un vestido en función de la sonda que debe llevar, o dónde encontrar determinados productos alimenticios acorde a su situación clínica, etc.). Se planteaba entonces como uno de los retos más importantes y que, paulatinamente, debía servir al propósito de que el paciente participara más activamente en la toma de decisiones y, por tanto, asumiera la corresponsabilidad en el cuidado de su salud.

En definitiva como ha señalado R Meneu[2], el paciente pasaba de ser objeto de la atención sanitaria a ser el sujeto de esa atención. Este cambio suponía en la práctica un cambio radical en la forma de entender las relaciones entre pacientes y profesionales, en la forma de organizar los procesos asistenciales y de medir los resultados[3].

En cuanto al reconocimiento de los derechos de los pacientes, tendríamos que esperar hasta finales de los

---

[1] Jovell A. Medicina basada en la afectividad. Med Clín (Barc), 1999; 113, 173-175.
[2] Meneu R. La perspectiva de los pacientes. Gestión Clínica y Sanitaria 2002;4:3-4.
[3] Lorenzo S. Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como co-protagonista. Gac Sanit 2008;22:186-91.

90 para que los norteamericanos disfrutaran de una primera declaración formal de sus derechos cuando son pacientes[1]. En Europa aún tendríamos que esperar unos años más, para ver aprobada la Carta de Roma. Desde entonces hasta ahora, han sido muchos los cambios normativos acontecidos en los países democráticos, fruto del empuje de la sociedad civil, el desarrollo científico y, también, de las propias organizaciones e instituciones sanitarias.

En España, el primer reconocimiento formal de derechos de los pacientes se produjo en 1986, con la aprobación de la Ley General de Sanidad. Posteriormente, la Ley 41 del año 2002, conocida como de "Autonomía del Paciente", actualizó y amplió estos derechos, reconociendo como básicos (con los subsiguientes desarrollos autonómicos): el respeto a la autonomía del paciente, a su intimidad y a una información contrastada y de calidad, e instaurando nuevos derechos como: voluntades anticipadas y segunda opinión y modificando a los 16 la mayoría de edad sanitaria.

Coetáneo a este cambio normativo, la conocida como Declaración de Barcelona, resaltó como fundamental el derecho a la autonomía. Conforme a estas recomendaciones, acuerdos y al texto legal, la corrección en el trato, el respeto a la autonomía del paciente, procurarle la información necesaria, asegurar la accesibilidad, o garantizar la calidad técnica, forman parte del paquete de derechos básicos que cabe considerar, a la vez, características esenciales de una

[1] Annas GJ. A National Bill of Patients' Rights. N Engl J Med. 1998; 338:695-9.

buena atención, como en sucesivos estudios se había venido manifestando[1] [2].

Los mimbres para un cambio de enfoque y para promover la sustitución de un modelo paternalista a la hora de entender las relaciones entre pacientes y profesionales estaban servidos. Era el momento, por tanto, de afrontar un cambio en las actitudes de los profesionales, quienes a la postre son quienes deciden cuál puede llegar a ser el papel de los pacientes en función de la accesibilidad que demuestran[3].

Al igual que sucede en otros países, los pacientes españoles disfrutan hoy día, pese a que perduran algunas barreras y cierto paternalismo, de un mayor protagonismo y han visto cómo se incrementa su capacidad de decisión[4]. El mayor nivel de vida, de nivel cultural y académico y el impacto de las tecnologías de la información y de la comunicación, han acelerado un cambio en la visión del papel del paciente.

Es por esto que, desde hace un tiempo, se viene diciendo que es necesario que los pacientes asuman, de forma más clara, su corresponsabilidad a la hora de cuidar su salud, de prevenir la enfermedad y de participar en la elección del curso terapéutico y, obviamente también, de procurar activamente que su

---

[1] Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? Health Care Manage Rev 1994;19:49-55.
[2] Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. Health Care Manage Rev 1998;23:81-96.
[3] Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller, J Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. Gac Sanit. 2010;24:247–50.
[4] Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc).* 2001:116:104-10.

Sistema Sanitario sea cada día mejor[4]. Se ha abierto camino la idea del paciente "competente", que toma su referencia del "patient expert" del Reino Unido[1]. Se trata de un paciente con acceso a información sanitaria y que utiliza este conocimiento en beneficio propio, de otros pacientes y de la comunidad, para afrontar eficazmente su enfermedad y para hacer un eficiente uso de los recursos sanitarios disponibles. Es un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía, en las decisiones clínicas y en los cuidados y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios.

La idea es simple. El paciente comprende y actúa para mantener o recuperar su salud. Y las razones también sencillas. El paciente no es solo un mero receptor de información, sino que es un actor responsable del proceso que busca la mejor calidad de vida posible. Nadie se conoce mejor que uno mismo, nadie sabe mejor que uno cómo aplicarse las recomendaciones que le formulan los profesionales sanitarios. Hemos aprendido además, que esta experiencia posee un valor importante para otros pacientes. Aprovechar este conocimiento tiene sus ventajas que, ahora, se espera repercutan al conjunto del sistema sanitario.

Ahora bien, no todos los pacientes desean ejercer un rol activo y debemos ser conscientes, primero, de que, sobre todo en procesos graves, es más frecuente que se opte por un rol pasivo. Segundo, a que todo apunta a que la información que se posee sobre cómo ejercer esta autonomía aún es escasa. Tercero, que no siempre las actitudes de los distintos colectivos profesionales son

---

[1] Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. BMJ 2002;324:648-651.

proclives a favorecer que los pacientes puedan ejercer estos derechos o, incluso, a que puedan tomar un papel más activo en la toma de decisiones.

A. Coulter[1], del Instituto Picker de Oxford, a principios de este recién estrenado siglo, reflexionaba sobre los cambios previsibles que en unos años se producirían en la relación entre pacientes y profesionales. Destacaba dos factores que promovían el cambio: por un lado, el protagonismo, cada día más acelerado, de las tecnologías de la comunicación; por otro, las nuevas demandas de los propios pacientes.

Por nuestra parte, en dos estudios de 2005[2] y 2006[3], llegamos a la conclusión de que los pacientes españoles reclaman, cada vez con mayor insistencia, accesibilidad física y accesibilidad a información sobre resultados, mayor comunicación con los profesionales, respeto a sus valores y creencias, desean confidencialidad e intimidad, solicitan libertad de elección, un consentimiento informado distinto a una medicina defensiva (incluido el derecho a no ser informado), quieren saber "quién les atiende" y desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

---

[1] When I'm 64: Health Choices [editorial]. Health Expectations. 2004;7:95-97.

[2] Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Rodríguez-Marín J. Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como pe.rsona. Revista de Calidad Asistencial. 2005;20(6):327-336.

[3] Equipo de trabajo de la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente. Agencia Valenciana de Salut. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Revista de Calidad Asistencial. 2006; 21:199-206.

En la actualidad, cuando estamos hablando ya del paciente 2.0, asistimos a un cambio sin precedentes, por la profundidad y la rapidez en que se está produciendo, de las formas en las que el paciente interactúa con el sistema sanitario y sus profesionales. Su papel como colaborador necesario para contener el incremento del gasto sanitario se viene destacando desde finales del siglo pasado, pero es ahora cuando más conciencia tenemos, probablemente porque ahora nos aprieta más el zapato.

Durante muchos años el "buen paciente" era aquel que obedecía las instrucciones de los profesionales casi sin rechistar. Ahora tenemos evidencias de que cuando el paciente pregunta, se informa, participa de su cuidado y del restablecimiento de su salud, cuando en definitiva adopta un papel más activo, mejoran los resultados clínicos y se incrementa la seguridad de los pacientes, al tiempo que disminuye la probabilidad de error y la seguridad jurídica del profesional[1].

En resumen, España no ha sido ajena en estos años a los movimientos que destacaban como una necesidad de la práctica asistencial que los pacientes asumieran un rol más activo. En ese camino se ha subrayado la necesidad de sustituir el modelo tradicional en el que la asimetría de la información pone al paciente en una situación de marcada dependencia, por un cambio real en los roles de pacientes y profesionales, para que los primeros ejerzan responsablemente su derecho a decidir qué hacer con su salud. Esta es una historia que no ha concluido todavía,

[1] Mira JJ. ¿Deben compartir los riesgos de la toma de decisiones los pacientes? En: Aranaz J, Vitaller J (Eds.) De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. EVES 2004.

pero de la que hemos escrito varios de los capítulos más interesantes.

La participación democrática sanitaria de las Asociaciones de Pacientes en España: ¿realmente significativa….?

Joana Gabriele Muñiz. *Directora del Foro Español de Pacientes.*

Desde la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos por parte de las Naciones Unidas, hasta nuestros días, la cuestión del Asociacionismo y los derechos de los pacientes a nivel europeo, ha cobrado un protagonismo esencial. No cabe duda de que el papel cada vez más relevante otorgado a los derechos del paciente ha sido el resultado de al menos de tres factores desencadenantes: la progresiva complejidad del sistema sanitario; la imparable evolución de la biología y la genética y su impacto en relación con los derechos humanos; y el cambio de perspectiva del paciente, de figura pasiva a "eje central" del sistema sanitario. Todo ello ha influido no tan sólo en la consolidación de la idea subyacente a un sistema sanitario focalizado en un paciente cada vez más consciente de sus derechos sino al grado de especialización de estos mismos derechos.

Lejos de hablar del derecho a la salud como un derecho de responsabilidad política a través de los mecanismos previstos en materia legislativa y sanitaria -desde la perspectiva unidireccional y monolítica del sistema sanitario que ampara este mismo derecho-, el movimiento asociativo de pacientes ha conferido otra vuelta de tuerca: la integración del paciente como actor y co-partícipe de ese propio sistema.

El papel de las Asociaciones de Pacientes es fundamental en cuanto que constituyen el órgano legítimo de representación de los intereses del pacientes desde la perspectiva de propio paciente y de su contexto socio-familiar. La inclusión de las Asociaciones de pacientes en los órganos de representación en la toma de decisiones es primordial en la protección de los derechos de los

pacientes y en la mejora de la calidad del propio sistema sanitario desde la perspectiva de la atención sanitaria.

En abril de 2007 diversos estudiantes de la prestigiosa European School of Management ESCP-EAP de París, plantearon en medio de un debate público compuesto por personalidades del ámbito médico, asociativo, científico y farmacéutico la siguiente pregunta: "Asociaciones de pacientes: ¿actores o espectadores?" Es esta una pregunta inevitable siempre que se desea llevar a cabo el repaso del "*status quaestionis*" de una temática determinada a lo largo del tiempo.

De hecho, si bien puede causar asombro el planteamiento de este tipo de preguntas en uno de los países –Francia- con mayor número de representatividad orgánica de los pacientes en el sistema sanitario, la necesidad de hacerlo denota una seria revisión analítica del papel de las Asociaciones de Pacientes a la luz de más de 15 años de democracia sanitaria participativa.

El propósito de la presente intervención es replantear esta misma pregunta a la luz de la especial trayectoria que ha seguido España en materia de participación del paciente en el proceso de toma de decisiones en los órganos de gobierno. El análisis de la situación se apoyará en el marco normativo vigente, en las principales recomendaciones a nivel nacional, europeo e internacional y en la propia experiencia del Foro Español de Pacientes.

Nuevas modalidades de cuidados para una atención sostenible y centrada en el paciente.

Carmen Hernández Carcereny. *Coordinadora de la Unidad de Atención Integrada. Hospital Clínic de Barcelona.*

La Sociedad esta viviendo profundos cambios que generan nuevas demandas y desajustes importantes en los sistemas sanitarios tradicionales. En este contexto, es necesario el planteamiento y validación de modalidades innovadoras de atención sanitaria que estén realmente adaptadas a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. En definitiva, es preciso desarrollar políticas orientadas a la "gestión del paciente" que sustituyan el enfoque actual fundamentalmente dirigido a la "gestión de la enfermedad" y con un excesivo peso de las actuaciones de carácter reactivo ante los episodios de exacerbación de las patologías crónicas.
El nuevo modelo de atención implica la promoción del trabajo en equipo, de carácter multidisciplinario, y el desarrollo de interacciones más adecuadas entre el sistema sanitario y otros ámbitos sociales. En este contexto, los nuevos roles de los profesionales, el papel activo del paciente y el uso extensivo de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el sector sanitario (eSalud), serán aspectos importantes a tener en cuenta para la viabilidad del cambio.

El envejecimiento de la población y los cambios en el estilo de vida son los principales factores determinantes del aumento continuado de la prevalencia de enfermedades crónicas a nivel mundial. Este cambio epidemiológico esta generando un nuevo escenario de necesidades sanitarias que plantean importantes retos ante los que nuestra capacidad de respuesta es limitada. Ello se explica por 3 factores principales: la fragmentación entre niveles asistenciales en los sistemas sanitarios actuales, su insuficiente interconexión con las políticas de Salud Pública, la mejorable articulación con

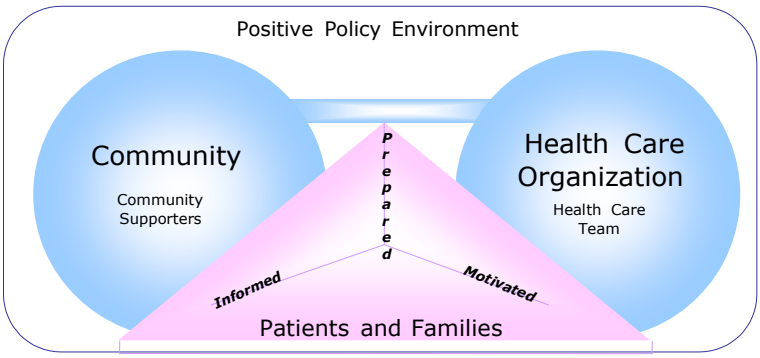
los servicios de soporte social que, en su conjunto, no permiten asegurar la continuidad asistencial. Además, no podemos olvidar la necesidad de un papel más activo del paciente crónico en todo el proceso.

Un porcentaje significativo de pacientes crónicos presenta un número elevado de co-morbilidades, que suele aumentar con la edad. La coexistencia de diversas enfermedades crónicas constituye un factor que modula el curso clínico y el pronóstico de estos pacientes, resultando un determinante esencial de la elevada utilización de recursos sanitarios. Esta circunstancia suele acompañarse de una disminución de la calidad de vida y un aumento del grado de dependencia, con dificultades en el cumplimiento del tratamiento. Son los llamados pacientes frágiles. Con toda probabilidad, los programas de continuidad asistencial, junto con políticas de prevención de la dependencia, se asociarán a una mayor eficacia en términos de resultados clínicos y de mejora de la calidad de vida y serán claramente más coste-eficientes.

Atención integrada y gestión de la cronicidad

El nuevo modelo de atención de pacientes crónicos que propone la Organización Mundial de la Salud (Figura) pretende cubrir las necesidades de los pacientes crónicos con un enfoque holístico, el desarrollo de una medicina de carácter preventivo y la promoción de un cambio de paradigma en la relación entre el profesional, la enfermedad y el paciente, que implica un rol mucho más activo de los enfermos y/o cuidadores en la gestión de las patologías crónicas.

The Chronic Care Model



Better outcomes for chronic conditions

Innovative care for chronic conditions: building blocks for acti ons; global report. Epping -Jordan J,editor. 2002.Geneva. Switzerland: Noncommunicable diseases and Mental Health.World Health organization

Los pioneros en la conceptualización de este modelo asistencial se sitúan en los Estados Unidos de Norteamérica con los denominados "sistemas integrales". En Europa existen experiencias de "atención compartida" en los Países Bajos y en Escandinavia. Durante estos últimos años, el Hospital Clínic ha generado conocimiento y experiencia sobre nuevos modelos de atención integrada en pacientes respiratorios crónicos utilizando las TIC como herramientas de soporte. Sin embargo, el verdadero reto actual consiste en la aplicación práctica de estos nuevos planteamientos de una forma extensiva en el sistema sanitario. El proceso de implantación de la atención integrada será necesariamente progresivo e implica cambios significativos de carácter organizativo, de los contenidos educativos y de los roles de los profesionales sanitarios.

La atención integrada consiste en la prestación de servicios siguiendo procedimientos estandarizados, con una distribución de tareas y responsabilidades pactada entre profesionales de diferentes niveles asistenciales. Ello implicará la puesta en marcha de nuevos servicios sanitarios más próximos al paciente que faciliten la flexibilidad y accesibilidad del sistema.

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes se encuentran las alteraciones cardiovasculares, diabetes, enfermedad de Alzheimer, cáncer y la neumopatía obstructiva. De ellas, el cáncer, la cardiopatía isquémica y la neumopatía crónica son las que provocan un mayor índice de ingresos hospitalarios. En la actualidad, hay programas bien establecidos para la atención de determinadas patologías crónicas como el cáncer, pero existen notables deficiencias en otros ámbitos en los que el potencial para aumentar la eficacia y contención de costes es muy elevado, como sería el caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardiaca u otras patologías crónicas prevalentes.

El Hospital Clínic y la continuidad asistencial

El Hospital Clínic se plantea la promoción de la atención integrada para la gestión de la cronicidad como una opción de carácter estratégico para asegurar la continuidad asistencial y con ello contribuir, junto con otros proveedores sanitarios, a la mayor funcionalidad al sector sanitario que sirve. Con este objetivo viene desarrollando una serie de iniciativas que deberán facilitar la transición hacía la aplicación extensiva del nuevo modelo de atención sanitaria en un sector sanitario de aproximadamente 540.000 habitantes.

El programa RAE (reforma de la asistencia especializada), desarrollado conjuntamente con otros proveedores sanitarios, establece las bases para la articulación entre la atención primaria y los diferentes centros hospitalarios del sector sanitario. La RAE plantea un modelo de atención de tipo distributivo basado en la cooperación de profesionales de diferentes niveles asistenciales en el marco de procesos sanitarios estandarizados. Sus resultados permiten establecer las bases para la aplicación extensiva de nuevos servicios de atención integrada que han sido previamente validados a nivel de experiencias piloto.

La Fundació Clínic genero en el año 2005 un programa de investigación, liderado por cuatro enfermeras, para evaluar el impacto asistencial de los trastornos crónicos en términos de hospitalización y recidivas potencialmente evitables. Los resultados obtenidos permiten la identificación de áreas donde cabe esperar que la introducción de servicios innovadores de atención integrada potencie la funcionalidad del sistema, mejore los resultados clínicos y genere una mayor satisfacción de pacientes y profesionales. Obviamente la generalización de dichos servicios deberá acompañarse de una monitorización de resultados que permita una adecuada validación.

En los últimos años, se han desarrollado programas piloto dirigidos a atención especializada de las exacerbaciones de enfermedades crónicas de elevada prevalencia, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardiaca, que han demostrado la eficacia de la substitución del hospital por el domicilio. La enfermería experta ha jugado un gran papel en la evaluación, intervención y seguimiento del proceso. Asimismo, los programas de prevención de ingresos realizados por equipos entrenados de atención primaria presentan resultados altamente satisfactorios. En este marco, el proyecto CHRONIC ha explorado la adaptación de las propuestas de la OMS a los pacientes con EPOC mediante la utilización de una plataforma tecnológica dotada de un centro de llamadas. Hemos demostrado que los servicios de telemedicina desarrollados en el marco de este proyecto facilitan la accesibilidad y la colaboración entre niveles asistenciales, incluidos los servicios de base domiciliaria y ha mejorado el cumplimiento terapeutico, calidad de vida y grado de satisfacción de los pacientes además d disminuir la utilización de recursos sanitarios. El proyecto se ha desarrollado en tres ámbitos: a) detección precoz de la EPOC en la atención primaria; b)

hospitalización a domicilio; c) prevención de hospitalizaciones en pacientes frágiles.
Desde el año 2006, es un programa transversal del hospital en constante innovación tanto funcional como tecnológica. En el primero, hacía la incorporación de servicios orientados a otras patologías crónicas y, en el segundo, incorporando tecnología móvil, mejorando la interoperabilidad con otros sistemas de información y el potencial para su uso extensivo en el sistema sanitario, además de facilitar al paciente crónico la auto-gestión de su enfermedad.

Cabe destacar la reciente experiencia de Hospitalización Domiciliaria con 2200 pacientes de diferentes patologías. Los resultados nos permiten confirmar que los planteamientos de atención integrada que habían sido analizados únicamente en el ámbito de pilotos de investigación tienen también viabilidad nivel asistencial.
Las experiencias desarrolladas hasta el momento han resultado extremadamente útiles para la identificación de los principales factores limitantes de la adopción y para la validación de nuevos servicios asistenciales que faciliten la implantación extensiva de la atención integrada de los pacientes crónicos y el papel de la enfermería experta en todo el proceso. El camino recorrido también ha permitido madurar el planteamiento de políticas que faciliten la permeabilización social del nuevo paradigma. La transición a este nuevo modelo de atención de crónicos implica una re-organización profunda del sistema sanitario, nuevos conocimientos y roles de los profesionales, junto a una mayor integración del binomio sistema de salud-sociedad.

En definitiva, se trata de iniciar con determinación un cambio ineludible que, tendrá un enorme impacto social y económico debido al peso específico del sector salud. Para ello será necesario el apoyo continuado de las autoridades sanitarias, el desarrollo de programas

amplios de colaboración entre los proveedores sanitarios y el papel activo del paciente. Las instancias académicas, las empresas de tecnología y de servicios, las aseguradoras y las asociaciones profesionales también deberán tener un papel activo en el proceso de cambio. La magnitud y complejidad de tareas durante la transición hacía el nuevo escenario de gestión de la salud solo podrá abordarse con éxito con una dinámica de cooperación entre todos lo actores implicados. Cabe señalar que la heterogeneidad de nuestro sistema sanitario y la necesidad de un nuevo concepto de fragilidad en los pacientes crónicos, le confiere un plus de complejidad, pero las características organizativas del mismo le dotan de una enorme flexibilidad que debería permitirnos jugar un rol pionero a nivel Europeo como actualmente se esta llevando a cabo.

Bibliografía

1. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1.997; 349 (9063):1436-1442.
2. World Health Organization (WHO) .Preparing a Health Care Work Force for the 21 st Century. The Challenge of Chronic Conditions. www.who.org.
3. Wagner, E. H. Meeting the needs of chronically ill people. BMJ 2001; 323:945-946.
4. Roca J, Alonso A, Hernandez C, Borrell M, de Toledo M. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. En: Siafakas Nikos M, Anthonisen Nicholas R, Georgopoulos D. Ed. Lung Biology in Health and disease. Executive editor: Claude Lenfant. 2004; 531-550.
5. Lenfant Cl. Clinical Research to Clinical Practice: Lost in Translation?. N Engl J Med 2003; 349:868-74
6. Ram FSF, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary

disease: systematic review of evidence. BMJ. 2004 Aug 7;329(7461):315.

7. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven Cl, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333:1190-1195.
8. Hernandez C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, Viliagut G, Collvinent B, Rodriguez-Roisin R, Roca J and partners of CHRONIC project. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. Eur. Respir.J. 2003; 21:58-67.
9. Casas A, Roca J, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Hernandez C, Alonso A, del Pozo P, Anto JM, Rodriguez-Roisin R and Decramer M. Integrated care prevents hospitalisation for exacerbations in COPD patients. Eur Respir J 2006; 28:1-8.
10. J. Giner, V. Macián, C. Hernández__y grupo EDEN. Estudio multicéntrico y prospectivo de "educación y enseñanza" del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (estudio EDEN). Arch Bronconeumología 2002; 38 (7): 300-5.
11. Paula de Toledo, Silvia Jiménez, Francisco del Pozo, Josep Roca, Albert Alonso and Carmen Hernández. Telemedicine experience for chronic care in COPD. IEEE Transactions on information technology in biomedicine 2006; vol. 10, nº. 3: 567- 73.
12. Jaume Puig-Junoy, Alejandro Casas, Jaume Font-Planells, Joan Escarrabill, Carme Hernández, Jordi Alonso, Eva Farrero, Gemma Vilagut, Josep Roca. The impact of home hospitalization on healthcare costs of exacerbations in COPD patients. Eur J Health Econ. 2007; 8: 325 – 332.
13. Judith Garcia-Aymerich, Carme Hernández, Albert Alonso, Alejandro Casas, Robert Rodríguez-Roisin, Josep M. Anto, Josep Roca.Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. Respiratory Medicine 2007; 101: 1462- 1469.
14. C. Hernández, M. Jansa, M. Vidal, M. Nuñez, M.J. Bertran, J. Garcia-Aymerich and J. Roca The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: A cross-

sectional analysis in a tertiary hospital.. Q J Med 2009; 102: 193-202.

15. Margarida Jansà, Carme Hernández, Mercè Vidal, Montse Nuñez, Mª Jesús Bertran, Sergi Sanz, Conxa Castell, Ginés Sanz. Multidimensional analysis of treatment adherence in patients with multiple chronic conditions. A cross sectional study in a tertiary hospital. Patient Education and Counseling 2010. 81 (2): 161-168.
16. Francisco Pozo, Carlos J Alvarez, Ady Castro-Acosta, Carme Hernández, Antonio López, Alvar Agustí Auditoria clínica de los pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC en España (estudio AUDIPOC): Método y Organización del trabajo.. Archivos de Bronconeumología, 2010. 46(7): 349-357.
17. Forum Clinic (www.forumclinic.org)

Pies de figura.

Figura 1. Perfil de la atención integrada para los pacientes crónicos (World Health Organization (WHO) . www.who.org

Figura 2. Sistema organizativo de la Atención Integrada para los pacientes crónicos

Sesión Plenaria 2

Calidad y Sistemas de Información.
Ni contigo, ni sin ti.

Nuevos sistemas de información: posibilidades y limitaciones para la evaluación de la calidad asistencial.

Salvador Peiró Moreno. *Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia.*

Los nuevos sistemas de información.

Los nuevos sistemas de información sanitarios (*eHealth technologies*) tienen 3 funciones esenciales [1] : permitir el almacenamiento, la búsqueda y la transmisión de datos; dar soporte a la toma de decisiones clínicas y sanitarias y, finalmente, facilitar la atención remota o teleasistencia (un aspecto que no abordaremos en este comentario por ser de menor interés para la evaluación). Obviamente, estas funciones pueden solaparse en los mismos sistemas (las historias clínicas electrónicas pueden integrar todas estas funciones).

Todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados están en pleno proceso de implantación de estas -nuevas, y potencialmente transformadoras de la organización sanitaria- tecnologías de la información y la comunicación (TIC), a menudo con un fuerte impacto en los presupuestos públicos. Este esfuerzo viene siendo justificado bajo la hipótesis de que la historia clínica electrónica (*Electronic Health Records*, EHR), los sistemas de almacenamiento y comunicación de imágenes (*Picture Archiving and Communication Systems*, PACS), la prescripción electrónica (*ePrescribing*) y sus sistemas asociados de introducción de ordenes médicas (*physician order entry systems*, CPOE), y los sistemas automatizados de ayuda a la decisión (*Computerised Decision Support Systems*, CDSS) ayudarán a reducir la variabilidad en la calidad y seguridad de la atención sanitaria y a incrementar su eficiencia.

Lo cierto es que a estas alturas existe una gran distancia entre los beneficios postulados para las TIC y los empíricamente demostrados. Pese a la apasionada

defensa de gestores sanitarios, vendedores de equipos o servicios y algún otro tecno-entusiasta, la capacidad de las TIC sanitarias para mejorar la calidad de la atención, reducir efectos adversos o mejorar la eficiencia de las organizaciones sanitarias no viene sostenida por evaluaciones robustas, los resultados de los estudios disponibles son contradictorios [1-5] y se conoce muy poco sobre sus riesgos (que los tienen [6-8], más allá de la obsesión por la seguridad de los datos), o sobre aspectos tan importantes como las ventajas y desventajas de cada una de las diferentes estrategias de implantación[9]. Recordemos que la implantación de las TIC, además de elementos tecnológicos, incluye procesos de cambio organizativo, factores humanos y la propia dirección y gestión de los proyectos de transformación organizativa [1].

Pero en este trabajo no vamos a abordar tanto la capacidad de los nuevos sistemas de información para reducir errores y mejorar los resultados clínicos de los pacientes, como su capacidad para evaluar la calidad de la atención que se presta. Nótese que las revisiones sobre el tema no consideran que esta sea una función esencial de las tecnologías *eHealth* y que, en todo caso, la posibilidad de utilizar estos sistemas para evaluar la calidad de la atención implica que están ya modificando, en alguna forma, la calidad de la propia atención que se mide.

Estos nuevos sistemas de información tienen importantes capacidades para la evaluación de la efectividad y seguridad de las tecnologías médicas (por ejemplo, la FDA utiliza las bases de datos de historias clínicas y prescripción de algunas aseguradoras para evaluar la seguridad de medicamentos) y para la evaluación de la calidad de las organizaciones. Desde mi punto de vista, las ventajas potenciales - no necesariamente reales- aportadas por estos nuevos sistemas incluyen:

- El incremento en el almacenamiento informatizado -y, por tanto, en la disponibilidad de datos sanitarios de todo tipo- para su análisis. En otras palabras, estamos

almacenando toda la información de cualquier contacto de las personas con el sistema sanitario en una forma que, con mayores o menores dificultades, podemos recuperarla. Es una ventaja tan obvia que no comentaremos.

- La transformación de los sistemas de información de servicios sanitarios en sistemas poblacionales, en la medida que la información de los contactos con el sistema sanitario pueden vincularse a través de un identificador único de paciente.
- La posibilidad de combinar sistemas de información diferentes para construir medidas de calidad (indicadores) más sofisticadas y con mayor capacidad de ser empleadas en la monitorización pero, también, en la mejora de la atención.

A estos dos últimos aspectos y a las limitaciones (intrínsecas o autoimpuestas por las propias organizaciones sanitarias) dedicaremos los siguientes comentarios.

<u>La convergencia de los sistemas de información sanitarios y poblacionales.</u>

Tradicionalmente, en los sistemas de salud hemos diferenciado los sistemas de información poblacionales (SIP) de los sistemas de información de servicios sanitarios (SISS). Los características básicas de interés para esta diferenciación eran:

- Sistemas de información poblacionales: 1) permiten obtener estimaciones sobre fenómenos salud en el conjunto de la población, 2) Los datos se obtienen bien de todos y cada uno de los individuos que componen la población, o bien de una muestra representativa de los mismos, 3) Su denominador o marco de referencia es toda la población
- Sistemas de información de servicios sanitarios: 1) No recogen la experiencia de todos los individuos de la población, sino únicamente la de aquellos que acuden a los servicios sanitarios, 2) El denominador de las estimaciones son los usuarios de los servicios

sanitarios, 3) El numerador suele ser servicios prestados antes que individuos.

En ambos casos, estos sistemas podían tener la forma (tabla 1) de:

- Registros, que recogen la información sobre el fenómeno de salud de toda la población de referencia continuamente, a medida que se va produciendo,
- Encuestas, donde la información se recoge de manera ocasional o periódica de una muestra representativa de la población de referencia,
- Sistemas de notificación, en los que la información se recoge pasivamente y, en líneas generales, se desconoce la representatividad de los datos recogidos.

Una de las características más relevantes de los nuevos sistemas de información sanitaria es que los sistemas de información de servicios sanitarios pueden usar denominadores poblacionales y, en la práctica, pueden utilizarse –casi, casi- como sistemas poblacionales. Esta propiedad deriva esencialmente de la creación de un identificador único (número de tarjeta sanitaria, número SIP) para cada una de las personas aseguradas con independencia de que utilicen o no los servicios, y a la amplia cobertura aseguradora del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Esta característica permite pasar de valorar las experiencias sanitarias de las personas que acuden a un centro o servicio sanitario a valorar la experiencia de utilización de servicios que tienen las poblaciones que residen en un territorio. Por ejemplo, si la forma tradicional de evaluar el excesivo uso de cesáreas era dividir las cesáreas realizadas en un centro entre los partos de ese centro, ahora podemos estimar la tasa de mujeres de un territorio que tienen al menos una cesárea y compararlas con los territorios vecinos.

Esta nueva capacidad es esencial para contestar preguntas relevantes sobre la calidad y eficiencia de las organizaciones sanitarias: ¿La accesibilidad a un

procedimiento diagnóstico o un tratamiento adecuado (con beneficios que superan a los riesgos) es distinta según el lugar donde vive? ¿La probabilidad de sufrir un procedimiento innecesario (con mayores riesgos que beneficios) y tener un resultado adverso debido al mismo, es diferente según el servicio al que acuda? ¿Qué coste de oportunidad tienen para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria? ¿Cuál es el valor marginal de los recursos extra destinados a multiplicar por n la tasa de intervenciones (o fármacos, o ingresos, o derivaciones, ...) respecto al área vecina?. Obviamente, estamos hablando de un salto cualitativo en los análisis de variaciones en la práctica médica que podrán utilizar datos individuales para ajustar las diferencias en utilización en servicios.

En otro terreno, más de mejora que de evaluación, esta capacidad permitirá estratificar las poblaciones en niveles de riesgo (tipo pirámide de Kaiser) y planificar intervenciones sobre subgrupos concretos de personas en los que estas intervenciones puedan reducir morbilidad, muerte o consumo de recursos. Se trata del soporte informativo de las estrategias para abordar el problema de la cronicidad.

La combinación de sistemas de información

Intentaremos explicar este apartado con el ejemplo de uno de los últimos trabajos (aun no publicado) de nuestro grupo de investigación, un intento de valorar la calidad de un aspecto de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la Comunidad Valenciana: la toma por el paciente de lo que llamamos medicamentos índice (antiagregantes, fármacos con acción sobre el sistema renina-angiotensina, betabloqueantes y estatinas). Para ello, construimos una cohorte a partir de la identificación en el Conjunto Mínimo de Datos Básicos de los síndromes coronarios agudos ingresados en los hospitales de Agencia Valenciana de Salud en un periodo concreto. A continuación excluimos a los fallecidos en el ingreso y, usando el número SIP, iniciamos el

seguimiento de los pacientes en los diversas sistemas de información disponibles.

El Sistema de Información Poblacional (SIP), además del identificador único, aporta las bajas en la cobertura y sus causas, incluyendo el fallecimiento o el traslado a otra Comunidad. Esto nos permite censurar los casos y cerrar el seguimiento de los pacientes censurados (si no pudiéramos hacer esto, los pacientes fallecidos o los que han salido del sistema pasarían por casos que no toman la medicación). A partir del sistema GAIA de gestión de la prestación farmacéutica identificamos la medicación índice dispensada a los pacientes, incluyendo tipos de presentación, dosis, etc. Podemos identificar la dosis prescrita por su médico o, sino esta disponible, estimarla a partir del envase. Esto permite calcular los periodos de cobertura temporal de los tratamientos. Es nuestro caso optamos por utilizar una medida de resultado del tipo "al paciente se le ha dispensado suficiente tratamiento para cubrir el 75% del tiempo de seguimiento".

De la historia clínica electrónica ABUCASIS y del propio CMBD extrajimos aquellos diagnósticos o condiciones que podrían modificar los tratamientos (por ejemplo, en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se suelen evitar los betabloqueantes). También se extrajo otra información del paciente: demográfica (edad, sexo), social (país de origen), comorbilidades, otros tratamientos, etc. Algunos de estas condiciones tienen cierta importancia (por ejemplo, las personas ancianas con demencia suelen recibir mucho menos tratamiento). En otros casos, los tratamientos permiten mejorar la información diagnóstica (ej: si un paciente toma insulina o antidiabéticos es etiquetado como diabético aunque este diagnóstico no estuviera en la historia) o, simplemente, valorarlos como otra "morbilidad".

Al final, toda esta información es llevada, de la mano del paciente, a su Departamento y su Zona Básica de Salud. Un poco de estadística multivariante permite identificar zonas donde, ajustando por las características de los

pacientes, usan menos los tratamientos índice que en otras. Adicionalmente, usando métodos multinivel podemos orientar sobre el lugar de actuación para mejorar la situación. Por ejemplo, el uso de betabloqueantes parece depender fundamentalmente de la atención hospitalaria. Todas las Zonas de Salud que dependen de un mismo hospital tienen porcentajes de utilización similares. Para mejorar el uso de betabloqueantes hay que actuar sobre el alta hospitalaria y el seguimiento por especializada. En otros casos, como el uso de estatinas, el hospital parece tener muy poca importancia y mejorar su uso implicaría esencialmente intervenir sobre la atención primaria.

Este tipo de aplicaciones puede ser más o menos sofisticado, usar unos u otros sistemas de información, pero –con mayor o menor exactitud dependiendo del "qué" y el "como"- permite evaluar muchas medidas de procesos y algunas medidas de resultado. Y, adicionalmente, una vez desarrollado se puede automatizar y utilizar como indicador por los sistemas de gestión de la organización. Es, sin duda, una de las tareas importantes que enfrenta la investigación en servicios de salud en los próximos años y, también, las organizaciones sanitarias.

La calidad de la información para el análisis de calidad

Las limitaciones de estas aproximaciones son numerosas. La primera tiene que ver con la calidad de los datos que contienen estos sistemas. Y sabemos muy poco de este aspecto. Respecto a los sistemas de información poblacionales hay muy pocos estudios de calidad, aunque es presumible que en muchas CCAA hayan mejorado mucho en cuanto a exhaustividad y calidad de sus datos. Aun así tienen amplias posibilidades de mejora (que no siempre tienen que ver con los propios SIP). Por ejemplo, la mortalidad (la fecha de la muerte y su causa) es una variable relevante para muchos indicadores. Bien por que sea en si la medida de resultados, bien porque sea necesaria para conocer los tiempos de exposición. Sin embargo, la combinación del

registro de mortalidad (dependiente del Instituto Nacional de Estadística, aunque su ejecución este delegada en las CCAA) con el SIP no se permite por reglamentaciones caducas y argumentos absurdos. Es enormemente llamativo que nuestra regulación considere que los sistemas sanitarios pueden conocer la mortalidad si el paciente fallece en el hospital, pero no si fallece en su domicilio. Los sistemas de información poblacionales harían bien, adicionalmente, incorporando alguna variable de nivel socio-económico como el nivel de estudios y alguna clasificación laboral. Más allá de que sean variables de importancia epidemiológica demostrada, son esenciales para valorar la equidad de la atención, un aspecto esencial de la calidad del sistema sanitario.

Otros sistemas de información como los relativos a la prescripción y dispensación, pruebas de laboratorio realizadas (y sus resultados), pruebas de imagen (aunque los PACS no siempre están integrados con el resto de sistemas y en muchos casos permanecen aislados en los servicios de radiología) y algunos registros específicos, aunque tampoco disponen de estudios de validación, suelen tener datos de buena calidad. Obviamente no están exentos de problemas. Por ejemplo, en los estudios en que hemos comparado prescripción y dispensación los resultados nos dejan perplejos. Se dispensa en torno a un 20% menos de lo que se prescribe (y esta cifra supera el 30% cuando se trata de "activos"). Y la dispensación no garantiza que el paciente tome realmente la medicación. En algunos estudios sobre osteoporosis (un área de especial interés para nuestro grupo de investigación) hemos verificado que el diagnóstico de osteoporosis densitométrica depende demasiado del lugar donde se haga la densitometría (por ejemplo, el porcentaje de mujeres osteoporóticas mayores de 50 años podría variar entre el 20% y el 30% según el equipo usado). O, por ejemplo, la presencia de fractura vertebral osteoporótica es muy dependiente de que los radiólogos las informen o no cuando valoran radiografías solicitadas por otras

indicaciones (por ejemplo, radiología de tórax por motivos cardiopulmonares).

Pero el autentico problema, sin duda, son los datos clínicos de las historias clínicas electrónicas (o los resúmenes al alta como el CMBD). El volumen de falsos positivos en los diagnósticos que contienen y de falsos negativos en los que no contienen puede ser muy elevado. Por ejemplo, la mayor parte de los pacientes del estudio de prevención secundaria que comentábamos antes no tenían un diagnóstico de síndrome coronario agudo (pese a recibir la medicación correspondiente bajo otras etiquetas como hipertensión o hiperlipemia). La información sobre riesgos (tabaquismo, alcohol, sedentarismo, dieta, ...) es muy reducida. Y la información sobre algunas valoraciones puede venir muy sesgada cuando se utilizan para fijar los incentivos económicos. El CMBD, cuya calidad esta mucho mejor estudiada, tiene limitaciones propias que hemos comentado en otro lugar [10].

La evaluación de la calidad no es un problema de tecnologías

Pero los nuevos sistemas de información tienen problemas peores que la calidad de sus datos. En realidad, el problema de la evaluación de la calidad no es un problema de tecnologías de la información sino de conocimiento (evidencias) y políticas (figura 1). La información para la evaluación y mejora de la calidad sólo tiene sentido enmarcada en políticas sanitarias (Políticas, en este contexto, son decisiones acerca de a quien tratar y como tratar para maximizar los beneficios en términos de salud). Esto implica decisiones sobre qué políticas y qué indicadores para medirlas (y, al revés, cada conjunto particular de "medidas de calidad" dibuja -explícita o implícitamente- las expectativas sobre el funcionamiento del sistema sanitario -o de algunos de sus componentes- que tienen los agentes que lo han implementado).

Para que la evaluación sea significativa para la mejora del sistema sanitario necesitamos alguna cosas más que

grandes inversiones en equipamientos tecnológicos. Entre ellas:

- Mejorar las bases científicas ("evidenciarias") de la atención sanitaria. Implica generar más conocimiento (investigación clínica antes que básica) y, sobre todo, estrategias para la difusión e implementación de la evidencia pre-existente en la toma de decisiones sobre los pacientes individuales
- Desarrollar las tecnologías de la información en el punto de contacto con los pacientes: dar soporte a la toma de decisiones clínicas y a la coordinación de cuidados intra-nivel y entre niveles asistenciales.
- Cambios organizativos que incluyan la introducción de evaluaciones de calidad (audit clínico), el desarrollo de instrumentos de coordinación y cooperación entre organizaciones y profesionales, incluyendo el aprendizaje de las organizaciones con mejores resultados, el desarrollo del liderazgo clínico.
- Favorecer la mejora de la información (clínica) a los pacientes y la toma de decisiones compartidas.
- Generar Información comparativa para diagnosticar los problemas de calidad existentes, que acciones son efectivas para afrontarlos, como deberían llevarse a cabo en cada contexto y evaluar los resultados (para pacientes y poblaciones) de tales actuaciones.
- Capacidad investigadora para generar la información necesaria para orientar (y monitorizar los cambios) la mejora de calidad en el SNS y sobre el conjunto de la población, pero el SNS tiene estructuras de investigación muy precarias en este área que difícilmente podrán producir ni una pequeña parte del conocimiento necesario.
- Una mayor transparencia en la información y una mayor accesibilidad a los datos de las organizaciones públicas (obviamente, salvaguardando los derechos de los pacientes) también ayudaría.

Referencias

1. Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. PLoS Med. 2011;8(1):e1000387.

2. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 2006;144(10):742-52

3. Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and benefits of health information technology. Evid Rep Technol Assess. 2006;(132):1-71.

4. Jamal A, McKenzie K, Clark M. The impact of health information technology on the quality of medical and health care: a systematic review. HIM J. 2009;38(3):26-37.

5. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. JAMA. 2005;293(10):1223-38.

6. Han YY, Carcillo JA, Venkataraman ST, Clark RS, Watson RS, Nguyen TC, et al. Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician order entry system. Pediatrics. 2005;116(6):1506-12. *Erratum in: Pediatrics. 2006;117(2):594*.

7. Wachter RM. Expected and unanticipated consequences of the quality and information technology revolutions. JAMA. 2006;295(23):2780-3.

8. Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE, Strom BL. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. JAMA. 2005;293(10):1197-203.

9. Aarts J, Doorewaard H, Berg M. Understanding implementation: the case of a computerized physician order entry system in a large Dutch university medical center. J Am Med Inform Assoc. 2004;11(3):207-16.

10. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 119-130

Tabla 1. Ejemplos de sistemas de información poblacionales y de servicios sanitarios

	Poblacionales	Servicios Sanitarios
Registros	▪ Registro de mortalidad ▪ Registro de nacimientos ▪ Registro de muertes fetales tardías	▪ Conjunto mínimo básico de datos hospitalarios (CMBD) ▪ Registro nacional de casos de SIDA ▪ Registros de Cáncer ▪ Registro de Insuficiencia Renal Crónica ▪ Registros cardiología intervencionista ▪ Sistemas de Información de listas de espera.
Encuestas	▪ Encuestas de Salud ▪ Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías ▪ Encuestas de Presupuestos Familiares ▪ Encuestas domiciliarias sobre el uso de drogas ▪ Encuestas sobre uso de drogas en la población escolar ▪ Encuesta domiciliaria sobre accidentes en el hogar y en el tiempo libre	▪ Encuestas de morbilidad hospitalaria ▪ Encuesta a consumidores de drogas en tratamiento. ▪ Encuestas de satisfacción
Sistemas de notificación	▪ Víctimas de accidentes de tráfico ▪ Víctimas de accidentes de trabajo con baja médica ▪ Enfermedades laborales	▪ Enfermedades de declaración obligatoria ▪ Interrupción voluntaria del embarazo ▪ Ficha amarilla (farmacovigilancia)

Figura 1. Relaciones entre evidencias, sistemas de información y políticas sanitarias

La implantación de la Historia Clínica Electrónica en los Servicios de Salud. Algunos resultados.

Javier Carnicero (1) y David Rojas (2)

(1)Director del Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

(2)Consultor independiente.

Introducción

La introducción de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en los centros sanitarios de España empezó a finales de los años 70 y principios de los 80, vinculada a procesos de gestión económica, como la contabilidad y la facturación, sobre todo en centros privados. A finales de los años 80 y principios de los 90, se extendieron las aplicaciones para la gestión de camas y cita previa de los hospitales, configurando la base de lo que luego fueron los sistemas de información de los hospitales (HIS).

La introducción de la historia clínica electrónica en España comenzó a finales de la década de los 90, cuando los médicos de atención primaria y algunos servicios hospitalarios específicos empezaron a utilizar este tipo de sistemas. Sin embargo, las primeras inversiones importantes comenzaron a principio de la década de los 2000, cuando las nuevas administraciones regionales, deseosas de aplicar medidas innovadoras, realizaron grandes esfuerzos para desarrollar instrumentos y sistemas de información autonómicos.

Entre los años 2006 y 2009, el programa Sanidad en Línea, que forma parte del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), invirtió más de 300 millones de euros en proyectos de aplicación de las TIC a la atención sanitaria, y durante los tres años siguientes (2009-2012) se prevé una inversión superior a los 200 millones de euros. Este Programa se gestiona por la Secretaría de Estado para las Telecomunicaciones y la

Sociedad de la Información, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las Comunidades Autónomas [1, 2, 3].

Objetivos

En este trabajo se revisa el estado actual de implantación de las TIC en el sistema español de salud (historia clínica electrónica, citación electrónica en atención primaria y receta electrónica) y su posible aportación a la mejora de la eficiencia y calidad del sistema de salud.

Métodos

Se han consultado la información publicada por la administración central y las autonómicas sobre proyectos TIC [1, 2, 3, 4]. El Informe Anual del SNS [1] recoge las funcionalidades de la historia clínica electrónica de cada comunidad y el estado de implantación de la receta electrónica [2]. El Informe del Observatorio Nacional para las Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información [3] es la principal fuente de datos sobre la difusión de las TIC en los servicios de salud, y el Balance de Actividades del Plan de Calidad para el SNS [4] informa sobre los avances en interoperabilidad entre los sistemas de las diferentes comunidades.

Resultados

Como se muestra en la Tabla 1, en 2009 casi el 90% de los médicos de cabecera, pediatras y enfermeras de atención primaria de España utilizan de forma habitual la historia clínica electrónica (HCE) para atender a sus pacientes, acceden a los informes de los hospitales y reciben los resultados de pruebas complementarias en su ordenador. Aunque el 86% de los pacientes cuentan con la posibilidad de concertar cita a través de Internet, sólo un 3,28% de las citas son gestionadas electrónicamente. La receta electrónica, sistema de

información que relaciona al médico con la oficina de farmacia y a ésta con la entidad pagadora, que es el servicio de salud, se utiliza extensamente en tres comunidades autónomas y su implantación se ha iniciado en todas las demás. La Tabla 2 muestra la prescripción y dispensación de medicamentos por el sistema de receta electrónica. Sólo tres comunidades (Andalucía, Baleares y Extremadura) presentan porcentajes significativos de dispensación a través de este sistema en 2009.

Los sistemas de información para la gestión hospitalaria (Sistemas de Información Hospitalaria, o HIS) se utilizan desde principios de la década de los 90, y el 70% de los hospitales disponen de sistemas de estación clínica. Desafortunadamente, no existen datos oficiales sobre el índice de utilización real de la HCE por parte de médicos y enfermeras en los hospitales. Sin embargo, según el Informe Anual del SNS [1], los sistemas HCE desarrollados por las comunidades autónomas cuentan con las funcionalidades más importantes, como prescripción electrónica, gestión de órdenes médicas (petición de pruebas y consulta de resultados), registro de vacunaciones y protocolos clínicos. Algunos sistemas, como los de gestión de laboratorios, son de uso común al tratarse de soluciones departamentales suministradas por los proveedores de reactivos y equipos de análisis, aunque tienen el inconveniente de ser soluciones cerradas de difícil integración y evolución. Otros sistemas extendidos en los hospitales son los de radiología (RIS) e imagen médica digital (PACS) [3]. La implantación de los proyectos de imagen médica digital fue inicialmente promovida en busca de una reducción de costes, aunque ofrecen nuevas posibilidades como el trabajo en red de varios departamentos y la telerradiología.

Por lo tanto, los resultados obtenidos hasta el año 2009 pueden considerarse satisfactorios [3, 4]. La implantación de la HCE en atención primaria puede considerarse un éxito, siendo más desigual en los hospitales.

Aunque los proyectos de TIC se han llevado a cabo de forma independiente por los diferentes servicios de salud, las funcionalidades que incorporan las distintas HCE autonómicas son muy similares [1]. A pesar del relativo éxito de los proyectos de HCE, existen algunos problemas cuya resolución sigue pendiente:

- Con carácter general, el alcance, plazo y coste finales no coinciden con los esperados inicialmente. Por ejemplo, varios de los proyectos de receta electrónica no han pasado aún la fase de pilotaje [2, 3].
- Además, cinco comunidades autónomas no habían culminado en 2008 la implantación de sistemas de órdenes médicas, ya que algunos sistemas de laboratorio y de informes médicos no han sido aún integrados en la HCE [1].
- Las soluciones implantadas son tecnológica y funcionalmente distintas y no interoperables entre sí. En ocasiones, esta situación se presenta incluso entre centros de la misma comunidad autónoma.
- Es inviable acceder electrónicamente a la información clínica desde centros de otra comunidad autónoma. Esta situación ha comenzado a solucionarse gracias a un proyecto promovido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las Comunidades Autónomas, que forma parte del Programa Sanidad en Línea. Se ha realizado un piloto con resultados satisfactorios con la participación de dos comunidades (Baleares y Comunidad Valenciana), que permite el intercambio de información clínica entre sus dos servicios de salud. La primera fase de este proyecto ha sido la creación de una Base de Datos Nacional de Tarjeta Sanitaria, que integra las distintas bases de datos regionales. Otro requisito contemplado entre los objetivos del proyecto es el Registro de Profesionales del SNS, que se encuentra actualmente en fase de implantación [1, 4].
- No se ha evaluado de una forma sistematizada el éxito o fracaso de los proyectos, ni el valor añadido

que aportan las TIC a la calidad, efectividad y eficiencia del sistema sanitario. Esta evaluación sí se ha llevado a cabo por algunos profesionales sobre experiencias concretas [5, 6, 7, 8].

Discusión

Las tres variables básicas para definir el éxito de un plan son conocidas como el triángulo de la gestión de proyectos, y corresponden a la triple restricción que rige la ejecución y entrega de un proyecto: el resultado que se espera obtener a su conclusión (alcance), la cantidad de tiempo disponible (plazo) y los recursos asignados (coste). El caso de los proyectos TIC en el ámbito sanitario no supone ninguna excepción, ya que se ve claramente afectado por estas restricciones. Entre los objetivos de un proyecto de TIC en salud deben estar incluidos los beneficios que se esperan obtener, entre ellos la mejora de la eficiencia y de la calidad. Existe una estrecha relación entre las tres variables mencionadas de forma que aumentos en el alcance suponen incrementos de coste, de plazo o de ambos. Si se pretende acortar el plazo suele suponer aumentos de coste o disminución del alcance. No suelen plantearse reducciones de coste, pero cuando se producen acarrean reducciones en el alcance o retrasos en la entrega.

Desafortunadamente, las comunidades autónomas no tienen por costumbre publicar informes sobre los resultados de los proyectos TIC de sus servicios de salud, motivo por el que se dispone de pocos datos. Los autores sólo han hallado cuatro fuentes oficiales [1, 2, 3, 4] con información sobre la implantación de la HCE en España. Aunque estos datos se limitan fundamentalmente a la información recogida en las Tablas 1 y 2, ofrecen una buena visión sobre los avances TIC en el SNS.

Las dificultades para la implantación de las TIC, las oportunidades y las lecciones aprendidas o que deberían aprenderse de la experiencia de estos años han sido descritas en otro trabajo [9].

Las principales aportaciones de las TIC a la mejora de la calidad y de la eficiencia de la atención sanitaria se relacionan con la disponibilidad y la seguridad de la información. Un buen sistema de historia clínica electrónica facilita el acceso a la información de un paciente siempre que esta sea necesaria, con independencia del lugar y del momento en que la atención tenga o haya tenido lugar. Esta cualidad facilita la integración de cuidados y su procesamiento, la seguridad de los pacientes y la eficiencia del sistema. Limitaciones de espacio no hacen posible enumerar todas las ventajas de la aplicación de las TIC a la atención sanitaria, entre las que cabe destacar las siguientes:

- Registro completo, homogéneo y estructurado de la información.
- Acceso rápido y concurrente a la información registrada.
- Integración entre diferentes sistemas de información.
- Aplicación de medidas más estrictas de seguridad: control y registro de accesos y realización de copias de seguridad, entre otras.
- Facilidad para el tratamiento de la información, que es imprescindible para la atención sanitaria, la gestión clínica, la planificación y control de la gestión, y la evaluación.

Sin embargo, aunque estas ventajas han sido documentadas para aplicaciones y servicios concretos, se echa de menos una evaluación global y sistemática de las inversiones que han tenido lugar en nuestro sistema de salud.

Conflicto de intereses.

Este trabajo refleja la opinión personal de sus autores y no la del Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés relacionado con el contenido de esta ponencia.

Referencias

[1] Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2008. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2010.

[2] Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2009. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, en prensa.

[3] Informe "Las TIC en el Sistema Nacional de Salud". Observatorio Nacional para las

Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información – Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Madrid, 2010.

[4] Informe Plan de Calidad para el SNS – Balance de actividades y acciones previstas. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

[5] Montesino, M.; González, A.S. Historia clínica informatizada: 8 años de experiencia en un servicio médico quirúrgico. Rev Calid Asist. 2010; 25(3):173–180.

[6] González, E.; Pérez, F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7:37C–46C.

[7] López Picazo, JJ; Ruiz, JC; Sánchez, JF; Ariza, A; Aguilera, B; Lázaro, MD; Sanz, GR. Uso de tecnologías de la información para mejorar la seguridad de la prescripción en Atención Primaria. Rev Calid Asist 2010, 25 (1): 12-20, 41

[8] López Estebaranz, J L; Castilla Castellano, V. Historia clínica en soporte electrónico: experiencia de un servicio de Dermatología. Actas Dermo-Sifiliográficas 2009, 100 (5): 374-385, 24.

[9] Carnicero J; Rojas D. Lessons Learned from Implementation of Information and Communication Technologies in Spain's Healthcare Services. Issues and Opportunities. Appl Clin Inf 2010; 1: 363–376.

Tabla 1. Utilización de las Tecnologías de la información y la comunicación en el Sistema Nacional de Salud		
Historia Clínica Electrónica	**2007**	**2009 (2)**
Centros de salud con HCE	(1)	3.718 (98%)
Médicos de atención primaria con HCE	(1)	28.163 (88%)
Hospitales con gestión electrónica de pacientes y estación clínica	(1)	226 (70%)
Gestión electrónica de citas en atención primaria	**2007**	**2009**
Centros de salud con gestión de cita por Internet	2.282 (65%)	3.321 (87%)
Pacientes adscritos a centros con servicio de cita por Internet	22.082.166 (55%)	37.116.767 (86%)
Citas previas gestionadas a través de Internet	5.289.677 (1.5%)	12.464.018 (3,28%)
Prescripción informatizada y receta electrónica (3)	**2007**	**2009**
Centros de salud con prescripción informatizada	3.338 (95%)	3.718 (98%)
Centros de salud con sistema de receta electrónica	420 (12%)	1.513 (40%)
Farmacias con sistema de receta electrónica	3.489 (18%)	8.879 (42%)
Pacientes atendidos con sistema de receta electrónica	7.199.906 (18%)	11.999.298 (26%)

Dispensaciones realizadas con sistema de receta electrónica	24.788.288 (3%)	139.383.324 (18%)

(1) Datos no disponibles.

(2) Porcentajes calculados respecto del total correspondiente a cada parámetro.

(3) La prescripción informatizada consiste en el uso de sistemas de historia clínica electrónica que permiten imprimir una receta en papel. La receta electrónica es el sistema de información que relaciona al médico con la oficina de farmacia y a ésta con la entidad responsable del pago de la prestación, que es el servicio de salud.

Fuente: Informe "Las TIC en el Sistema Nacional de Salud". Observatorio Nacional para las

Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información – Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.

Tabla 2. Indicadores de dispensación e importe facturado por el sistema de receta electrónica por las comunidades autónomas. 2008-2009.

CCAA	% DE ENVASES DISPENSADOS POR EL SISTEMA DE RECETA ELECTRÓNICA		% IMPORTE FACTURADO POR EL SISTEMA DE RECETA ELECTRÓNICA	
	2009	2008	2009	2008
Andalucía	54,96	45,87	56,24	48,12
Aragón	0,19	0,08	0,22	0,08
Asturias	-	-	-	-
Baleares	40,85	11,10	41,18	11,50
Canarias	19,17	2,99	18,09	2,76
Cantabria	0,055	-	0,061	-
Castilla y León	0,38	-	0,41	-
Castilla-La Mancha	0,00026	-	0,00031	-
Cataluña	1,76	2,68	20,42	2,62
C. Valenciana	8,39	1,52	9,76	1,11
Extremadura	39,94	1,11	42,93	1,29
Galicia	0,88	-	0,31	-
Madrid	-	-	-	-
Murcia	0,00	0,00	0,00	0,00
Navarra	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-
Rioja	-	-	-	-
INGESA	-	-	-	-

Observaciones	(-) Sin datos.
Fuente	Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2009 (en prensa)

La tecnología al servicio de la Atención Primaria como herramienta para la mejora de la calidad.

Hipólito Caro Moreno. *Director de Atención Primaria, Unidad de Hospitalización a Domicilio y Psiquiatría del Departamento de Torrevieja.*

El Departamento de Salud de Torrevieja, en su objetivo de mejora continua, ha promovido políticas de gestión que han potenciado los procesos que se vienen implantando en los sistemas tradicionales.

La charla plantea inicialmente con una descripción del entorno y sus necesidades específicas por su situación población, modelo de gestión, etc..

Departamento de Salud Torrevieja

Somos los responsables de la gestión integral del Departamento de Salud Torrevieja, mediante el modelo de concesión administrativa.

Nuestra misión es garantizar la asistencia sanitaria integral (Atención Primaria y Atención Especializada) a la población de nuestro departamento.

El hospital se inauguró en Octubre de 2006

GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT · AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT · HOSPITAL DE TORREVIEJA DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA

Posteriormente describe algunas de las líneas de trabajo del Departamento.

Describe las bases de la nueva organización, haciendo hincapié en una estructura de responsabilidades de todos los profesionales implicados en la Organización.

El objetivo final siempre es plantear MEJORAS que repercutan en el paciente que es la razón de ser del Departamento de Salud.

El medio para conseguirlo, LA ADAPTACIÓN, mediante nuevas tecnologías y diseños eficientes de la gestión. Siempre apoyados en la formación académica y la experiencia, es decir, nuestras bases son soportadas por los sólidos pilares de las reglas de buena práctica y el conocimiento clínico de nuestros profesionales.

Es de suma importancia la coordinación de los equipos multidisciplinares. En la charla se plantean algunas

acciones donde se definen los principios del modelo que rigen entre la Atención Primaria y la Atención Especializada.

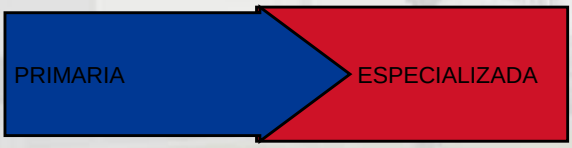
Mecanismos de Incentivación

Principios del modelo propuesto

El modelo debe basarse en el papel del EQUIPO de primaria como responsable del paciente y propietario de la mayoría de los procesos asistenciales, en particular los que tienen que ver con la atención a los pacientes crónicos.

Puede plantearse de forma individual o por equipos de atención primaria. En cualquier caso, el objetivo es potenciar la capacidad resolutiva de la atención primaria.

Planteamiento orientado a procesos y con una perspectiva integral. No se debe limitar el establecimiento de objetivos y la medición de los resultados al ámbito de la atención primaria.



GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT · AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT · HOSPITAL DE TORREVIEJA DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA

Se exponen también los proyectos implantados que ya han dado resultados positivos.

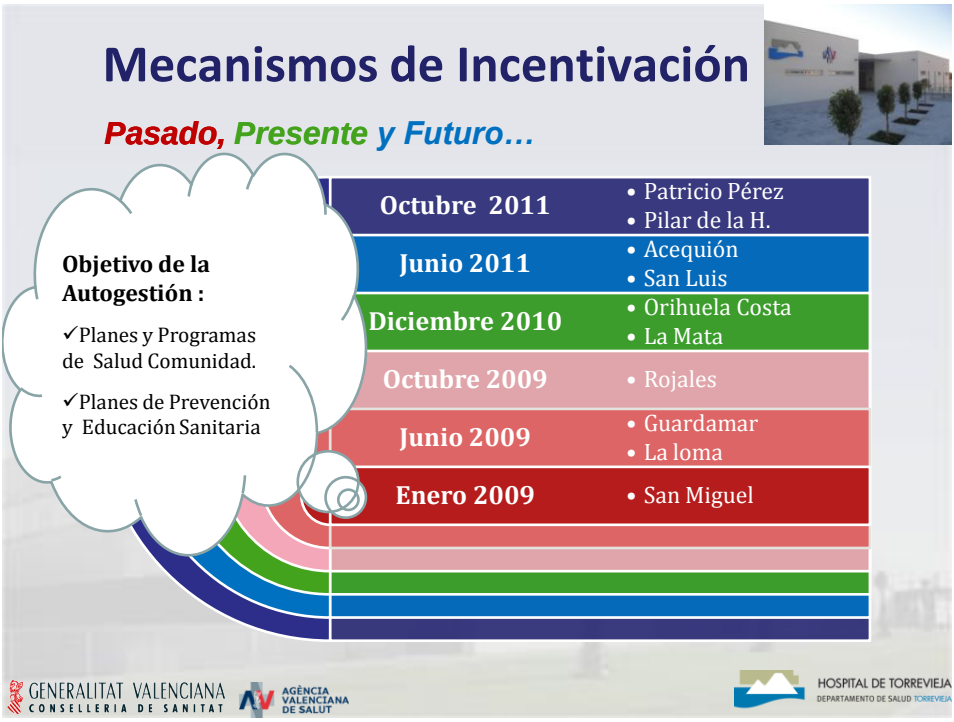
Mecanismos de Incentivación

Herramientas para Autogestión

- ✓ MEDICO ENLACE
- ✓ FLORENCE DIRECTO

GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANITAT · AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT · HOSPITAL DE TORREVIEJA DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA

La charla concluye con una revisión de las lecciones aprendidas y los proyectos de futuro.



Sesión Plenaria 3

Seguridad del Paciente: 10 años de avances y 10 más de retos.

Seguridad del paciente: del primum non nocere al ¿perpetuum mobile?

Carlos Aíbar Remón. *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. Hospital Clínico Lozano Blesa.*

El *primum non nocere*: un impulso necesario.

Una gran parte de artículos y proyectos referidos a mejora de la seguridad del paciente suelen comenzar con referencias al aforismo, probablemente hipocrático, del *primum non noccere*, a documentos como los informes *To err is human*[1], *Crossing the Quality Chasm*[2] *y An organisation with a memory*[3], a los proyectos e iniciativas promovidos desde el Programa Mundial de Seguridad del Paciente[4] y a los estudios seminales de Brennan y Leape[5].

En un entorno más próximo, las referencias se hacen casi siempre al Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud[6,1], al documento de consenso sobre Estrategias de

---

[1] Kohn, Linda T et al., editors, To Err Is Human; Building a Safer Health System, Washington, DC: National Academy Press, 1999.

[2] Corrigan JM et al, coord. Crossing the Quality Chasm. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

[3] Department of Health. An organisation with a memory. London: Stationery Office, 2000. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4065083 **.** (Acceso 14 de julio de 2011).

[4] World Health Organization: http://www.who.int/patientsafety/en/index.html (Acceso 14 de julio de 2011).

[5] Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert M, Localio AR, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. N Engl J Med 1991;324:370-6.

[6] Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS. (Acceso 14 de julio de 2011).

Seguridad del Paciente[2], a los estudio ENEAS[3,4] y APEAS[5] o, más recientemente, en el contexto latinoamericano, al estudio IBEAS[6] y la iniciativa del Consorcio para la Innovación, la Calidad y la Seguridad en la atención sanitaria (CLICSS)[7].

En síntesis, puede afirmarse que el *primum non nocere* como principio ético de las profesiones sanitarias, la aceptación de que equivocarse es humano y la demostración empírica de que incidentes y eventos adversos anidan en todos los servicios sanitarios y son

---

[1] Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2010. (Acceso 14 de julio de 2011). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS

[2] Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005(Acceso 14 de julio de 2011). Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/

[3] Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Requena J, Terol E, Kelley E, Gea A and ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). International Journal for Quality in Health Care 2009; 21: 408-414.

[4] Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Requena J, Terol E, Kelley E, Gea MT and ENEAS work group.Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events Journal of Epidemiology and Community Health 2008; 62(12): 1022-9.

[5] Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Acceso 14 de Julio de 2011]. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/informacion.html.

[6] Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf* published online June 28, 2011 (doi: 10.1136/bmjqs.2011.051284)

[7]Consorcio Latinoamericano para la Innovación, la Calidad y la Seguridad en la atención sanitaria www.cliss.org (Acceso 14 de julio de 2011)

en gran parte evitables, han sido las ideas fuerza que han supuesto un impulso de inicio en los últimos años de un movimiento mundial, formado por iniciativas variopintas, bienintencionadas y no siempre convenientemente evaluadas, orientado a la mejora de la seguridad del paciente.

De una etapa de ignorancia deliberada de la evidencia e infravaloración de los riesgos asistenciales hemos ido evolucionando, casi sin darnos cuenta, a una etapa reactiva, caracterizada por la utilización de quejas, litigios y reclamaciones como fuentes de datos de la inseguridad y del aseguramiento y la transferencia de los riesgos como única respuesta del sistema y, más recientemente, a una etapa caracterizada por una mayor transparencia de la información y a la gestión del riesgo orientada a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzcan incidentes relacionados con la seguridad del paciente[1].

Sin embargo, y aunque echar la vista atrás es un ejercicio necesario, es preciso, más que nunca, no detenernos ni ensimismarnos, sino mirar hacia delante y aprovechar el conocimiento acumulado.

La falacia del *perpetuum mobile*: lecciones aprendidas y asignaturas pendientes

El *perpetuum mobile*, móvil perpetuo en castellano, consiste en una máquina hipotética que, tras un impulso inicial, sería capaz de continuar funcionando eternamente, sin necesidad de energía externa adicional.

Dando por bien probados los principios de la termodinámica, debería ser una lección bien aprendida que cualquier propuesta de movimiento perpetuo puede considerarse una quimera imposible, desdeñable y estéril en cuanto a resultados.

---

[1] Pardo-Hernández A. Estructura organizativa de la seguridad del paciente. AEGRIS 2011; 1(3) : 4-8

La seguridad del paciente es un modo de trabajar, para el cual el impulso iniciado en los últimos veinte años, aunque importante y necesario, no es suficiente para lograr un movimiento no ya permanente, si no constante.

Algunos retos que deberían aportar energía y marcar el rumbo a seguir en los próximos años son los siguientes:

Cuidados del sistema

El sistema sanitario es un paciente crónico, con pluripatología compleja y multicausal, que padece brotes de agudización y en el que las posibilidades terapéuticas son limitadas.

En este sentido, parecen recomendables medidas higiénicas, que cuando menos no hacen daño, como las siguientes:

- Desarrollar una cultura proactiva del riesgo asistencial. La aplicación de la regla del 80/20 exige diseñar pensando en lo común, pero disponer de estrategias para actuar ante lo infrecuente.[2]
- Promover, por parte de gestores y profesionales, la responsabilidad y rendimiento de cuentas de resultados respecto a la calidad y la seguridad ante el paciente y la ciudadanía.
- Recurrir a medidas como aprender de los errores y aplicar en la práctica clínica los valores éticos clásicos (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía).
- El dicho clásico de "todo está en los libros" se ha visto superado por los avances tecnológicos de la información por el de "todo está –accesible y sin clasificar- en Internet". En este contexto, tiene un importante papel saber combinar la experiencia con la evidencia y continuar desarrollando iniciativas dirigidas a difundir lo que sabemos y encontrar el modo de implementar las medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la

seguridad de los pacientes y reducir las barreras al respecto.

- Involucrar y hacer partícipe a la sociedad sobre la necesaria prevención cuaternaria[1] y controlar la fascinación por la tecnología y lo nuevo de profesionales y pacientes.

Tratamiento medico-quirúrgico

La seguridad del paciente requiere, como cualquier patología crónica, cuidados y tratamientos continuos. Aplicar tratamientos médicos como prudencia, perseverancia, trabajo en equipo y lograr la implicación del paciente y los profesionales para incrementar la "adherencia" a los mismos son clave para el éxito.

De igual modo parece necesario, tanto para mejorar la seguridad del paciente como para incrementar la eficiencia social del sistema y la efectividad clínica, la utilización de tratamientos quirúrgicos dirigidos a eliminar o erradicar de la práctica asistencial cualquier procedimiento que no haya demostrado su inocuidad y su valor, al tiempo que se exige evidencia científica a cualquier nueva práctica, procedimiento, tecnología o programa que se introduzca en las prestaciones del sistema sanitario.

Medir y evaluar

Es tentadora la idea de creer que un problema que no se mide o no se controla, no existe. Los mejores resultados aparentes de errores y eventos adversos los tienen aquellos centros que no los controlan. De igual modo, cuando se comienzan a medir, los problemas aparecen magnificados, principalmente si se miden con rigor y exhaustividad.

---

[1] Bentzen N ed. WONCA dictionary of general/family practice. Copenhagen:Maanedskift Lager, 2003.

Son gratificantes y estimulantes publicaciones como la revisión de avances en seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality[1] o la evaluación de la efectividad del listado de verificación quirúrgico[2], pero no son comunes publicaciones y aportaciones que destaquen, en su apartado de conclusiones y lecciones aprendidas, aquello que no ha funcionado.

En un reciente artículo, L Donaldson destacaba la dificultad que entraña medir lo que no sucede: errores, incidentes, eventos adversos evitados,…[3]. A ello podríamos añadir el sesgo que supone, en un contexto en el que hablamos de una pretendida cultura abierta y transparente, un sesgo de publicación, que parece extenderse más allá de los ensayos clínicos[4,5].

Si queremos conocer que actividades aportan resultados para el sistema y que repercusiones tienen en el paciente y los profesionales que le atienden, necesitamos imperiosamente desarrollar esfuerzos y aplicar recursos para medir de forma sistemática qué funciona y cómo funciona, para mejorar la seguridad del paciente.

---

[1] Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. Volumes 1-4, AHRQ Publication Nos. 050021 (1-4). February 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/qual/advances. (Acceso 14 de julio de 2011)

[2] de Vries E, Prins HA , Crolla R et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. N Engl J Med 363;20: 1928-1937

[3] Donaldson. Measuring the unmeasurable. WHO Patient Safety Newsletter 2011;7: 1 Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/news_events/who_ps_newsletter_may_2011.pdf (Acceso 14 de julio de 2011)

[4] Dickersin K, Chan S, Chalmers TC, Sacks HS, Smith H. Jr. Publication bias and clinical trials. Controlled Clin Trials 1987; 8: 343-353.

[5] Chalmers I. La falta de publicación de los resultados de la investigación como

malpraxis científica. Bol Oficina Sanit Panam 1993; 114: 333-341

Creatividad y participación: un impulso, de nuevo necesario

La implementación generalizada de intervenciones para mejorar la seguridad del paciente está dificultada por algunos rasgos diferenciados de los servicios sanitarios. Particularmente, la exigencia de una producción generada en torno a una demanda asistencial a la que es difícil ponerle límites, el elevado grado de autonomía de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones, una actitud artesanal generalizada de los mismos, condicionada por el sistema formativo y la escasa visibilidad y brillantez de algunas intervenciones de probada eficacia[1,2].

Por ello, persuadir, influir, convencer, inducir y abogar para que los profesionales cambien sus formas de pensar y actuar y trasladen a la práctica la evidencia producida por la investigación es un proceso complejo, sobre el que existe abundante literatura y no demasiada evidencia sobre su efectividad [3]. En esta línea, puede ser determinante para el éxito considerar el desarrollo de nuevas soluciones caracterizadas por la creatividad y la participación de todos los profesionales involucrados en la atención sanitaria.

---

[1] Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. Annals of Internal Medicine 2005; 142(9): 756-664

[2] Leistikow IP. Why patient safety is such a tough nut to crack. *BMJ* 2011;342:d3447

[3] Aibar Remón C, Giménez Júlvez T, Pérez Pérez P. ¿Podemos influir de forma efectiva sobre la conducta de clínicos y directivos?. Medicina Preventiva. 2010; 16 (3): 29-32

Iniciativas de Seguridad del Paciente a gran escala: lecciones aprendidas en el IHI.

Pedro Delgado. *MSc, Executive Director, IHI (Institute for Healthcare Improvement).*

IHI's Ambitions

No patient harmed. It is a lofty and elusive goal that leaders of most health care systems cannot even imagine promising to their patients. Many health care systems set bold system-wide objectives for patient safety, but most have difficulty developing and executing a strategy for achieving these aims.

The Institute for Healthcare Improvement (IHI) launched two large-scale initiatives in 2004 and 2006 involving 3000 and 4000 hospitals across the US, namely the 100,000 Lives Campaign and the 5 Million Lives Campaign. These have built a national, reusable infrastructure for improvement focused on reducing needless deaths and harm in care. IHI is currently working with the Scottish Patient Safety Programme, funded by NHS Scotland, to develop and build a quality improvement and patient safety focused culture, build in long-term sustainability and capability, and further improve quality and safety in NHS Scotland hospitals. Additionally, IHI's Safer Patients Initiative to reduce mortality and adverse events in the United Kingdom, the development and dissemination of the IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events, and numerous IHI professional development programs focused on patient safety, reliability, and reducing hospital mortality enable IHI to offer unique support and guidance for large-scale improvement across multi-facility systems.

IHI seeks to build on this vast patient safety experience and knowledge to help health care design and build highly effective system-wide infrastructures that achieve a new level of patient safety.

IHI's Partnerships in Patient Safety

To achieve bold aims in quality and safety across a health system, IHI has worked with partner organizations to implement a set of tested and proven patient safety changes in a predetermined set of hospitals, while also developing a learning system to immediately spread knowledge and changes within and among all hospitals across the system or country. This approach creates a set of exemplar hospitals that are primed for the spread of similar improvements across the system or country through a predetermined spread strategy.

This approach was modeled after IHI's work in the Safer Patients Initiative (SPI) in the UK, funded by The Health Foundation, that engaged four hospitals (SPI-1) and then expanded to 20 hospitals across England, Scotland, Northern Ireland and Wales (SPI-2). The program was designed to achieve dramatic improvements in seven clinical areas of focus: ventilator-associated pneumonia, central line bloodstream infection, MRSA bloodstream infection, blood sugars within range, in-hospital code calls, harm from anticoagulation, and surgical site infections. The aim was to ultimately, through working on these areas, reduce current rates of 'big dots': mortality, adverse events

Building on the success of these efforts, IHI has expanded this work to other systems and countries, such as the Scottish Patient Safety Programme (SPSP) in partnership with the Scottish Government and Quality Improvement Scotland. SPSP engages all 15 health boards (14 regional and 1 specialty Heart and Lung Centre) across Scotland to implement and spread patient safety improvement changes to achieve dramatic reductions in mortality and adverse events, with a focus on five "work streams": Leadership, Medical/Surgical,

Perioperative Care, Critical Care, and Medications Management.

The participating sites in the SPSP work have achieved significant progress. Since the work began in January 2008:

- Twelve of the 15 boards have achieved sustained reductions Central Line Infections (CLI). Eight of these twelve have achieved the program goal of 300 days without a CLI.
- Seven of the 12 boards that provide intensive care services for ventilated patients have achieved sustained reductions in Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) rates. Two of these five have achieved the program goal of zero pneumonias or 300 days without a VAP.
- Eight of the 15 boards have demonstrated sustained reductions in the incidence of c-difficile.
- Three of the 15 boards have demonstrated sustained reductions in crash calls. One of these five has achieved the program goal of a 30% or greater reduction.
- Almost three years into the program, there has been a nation-wide reduction of hospital standardized mortality of 9%

In addition, IHI is working to improve safety in the 18 acute care Trusts (hospitals) in the SouthWest region of the National Health Service (NHS) in England. We also recently began an engagement with the Danish Society for Patient Safety, which has asked IHI to help develop and implement a program to test and integrate, at a select group of public hospitals in Denmark, a series of changes to achieve a 15 percent reduction in mortality and a 30 percent reduction in harm. We expect to see results in these regions similar to those being achieved in Scotland.

Throughout our two decades of leadership in this arena, IHI has developed extensive expertise and knowledge in implementing quality improvement and patient safety initiatives across a wide range of organizations and settings.

Implementation of Patient Safety Improvement Changes

IHI works with institutions or systems to implement agreed sets of tested and proven patient safety changes (known as a change packages), linked to the following four elements that are known to produce a system of safety:

1. Care processes that are authenticated by results, scientific knowledge, or obvious benefit;
2. Measurement tools that are used to determine results and outcomes;
3. Structural components that support action, accountability, and initial and ongoing assessment; and
4. Culture and leadership concepts that involve both professional and organizational components, and lead to clinical ownership of the issue.

<u>A Robust Change Package</u>

The recommended changes strike a balance between these four elements while also meeting the following criteria:

- Large impact on severe events
- High-frequency occurrences
- Feasibility of implementation
- Cost-benefit ratio
- Balanced impact on institutional resources
- Timeline for implementation
- Scientific literature that verifies each change concept is robust

- Based on best known clinical practice that is linked to results
- Applicable in multiple care settings

In terms of achieving sustainable results, building capacity within the system through the creation of a cadre of professionals who are equipped with improvement and safety knowledge and primed to test and then drive the implementation and spread of improvement within and across the system is vital.

Building Capacity Within the System

The lasting legacy of these initiatives is a sustainable infrastructure for health care improvement within all of the hospitals in the system. To achieve this vision, IHI combines IHI and local expertise throughout the process. IHI staff and faculty serve as the engine for improvement in the initiative, and also as coaches and mentors for the local staff who will continue this work long after the engagement with IHI has ended. IHI is responsible for primary implementation of agreed upon changes and measures and for developing a cadre of professionals within the system who can continue the work. This development occurs through:

- Mentoring local staff at on-site meetings by pairing with IHI faculty and staff;
- Active participation of local staff in faculty planning meetings and calls; and
- Active participation of local staff in coaching calls and team assessments.

Cuidados de enfermería y seguridad del paciente: Proyecto GREMCCE.

Teresa Ramón Esparza. *Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia y Grupo* GREMCCE*

El incremento de la seguridad de las personas atendidas en los centros sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS), se ha convertido en una línea de actuación prioritaria en nuestro medio. Para conseguir una práctica clínica segura es necesario aplicar correctamente los procedimientos clínicos a quién los necesita, siendo de especial trascendencia implicar a los profesionales de enfermería y abundar en la idea de que un nivel de calidad óptimo sólo es alcanzable con el aprendizaje continuo de nuestros propios errores.

Las enfermeras de la Región de Murcia pretendemos ofrecer a las personas para las que trabajamos unos cuidados de calidad, seguros y basados en la mejor evidencia disponible y para garantizar que la prestación de estos cuidados se realice de forma adecuada, el SMS incluye desde el año 2005 en sus Contratos de Gestión anuales, objetivos e indicadores de calidad de cuidados de enfermería.

OBJETIVO Y MARCO DEL PROYECTO

En este marco, se constituye el Grupo Regional de Evaluación y Mejora de Calidad de Cuidados de Enfermería (GREMCCE), con el objetivo de normalizar, evaluar, mejorar y monitorizar la calidad de los cuidados de enfermería. Este Grupo está formado por personal de enfermería de los 9 Hospitales públicos de la red asistencial del Servicio Murciano de Salud, asesorados y coordinados por el Programa EMCA de la Subdirección General de Calidad Asistencial (SGCA), iniciativa institucional cuyo fin último es potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la Gestión de la Calidad en el Sistema Regional de Salud.

El Proyecto GREMCCE supone una forma de trabajo cooperativo y lo que produce tiene un carácter corporativo para el SMS. Se desarrolla en varias fases:

FASE I. DISEÑO

En una 1ª fase, entre 2005 y 2006, se realizó un análisis conjunto de la situación sobre las actuaciones que, en materia de gestión de la calidad de cuidados enfermeros, se estaban llevando a cabo en los Centros Sanitarios. En el análisis se identificó importante variabilidad en todos los aspectos evaluados.

En este contexto, y a propuesta del Grupo Regional se inició un Plan de actuaciones en las siguientes áreas de cuidados: acogida y valoración del paciente al ingreso en la Unidad de hospitalización, prevención de úlceras por presión, cateterismo vesical, paciente portador de catéter venoso, prevención de caídas y continuidad de cuidados.

Entre 2006 y 2007 se establecieron las siguientes Líneas de Trabajo (L):

L1- Evaluación y mejora de protocolos y procedimientos de cuidados de enfermería: Se realizó una primera evaluación de los protocolos de la totalidad de Centros correspondientes a las 7 áreas de cuidados mencionadas mediante el cuestionario EMCA de evaluación de protocolos. Se rediseñaron los documentos según criterios de calidad formal, incorporándose las recomendaciones clave, en base a las evidencias científicas identificadas. Por último, de forma previa a su implantación, se realizó la reevaluación de dichos protocolos.

L2- Diseño de un Sistema de Indicadores de Calidad fiables, válidos y comunes para todos los hospitales del SMS para evaluación de las actuaciones e impulso de la mejora continúa abordándose las dimensiones de accesibilidad, calidad científico técnica, seguridad, y satisfacción del paciente.

Estos son algunos de los indicadores elaborados:

- Realización correcta del Plan de Acogida.

- Pacientes con valoración inicial realizada correctamente en las primeras 24 horas desde el ingreso.
- Información adecuada al paciente en el momento del ingreso por parte del personal de enfermería.
- Pacientes con úlceras por presión (UPP) desarrollada durante su ingreso.
- Cuidados adecuados al paciente portador de catéter venoso.
- Cuidados adecuados al paciente portador de sonda vesical.
- Caídas notificadas en pacientes hospitalizados.
- Pacientes con informe de continuidad de cuidados (ICC) realizados al alta hospitalaria.

L3- Diseño e implantación de un Plan de Monitorización que con periodicidad cuatrimestral, se lleva a cabo desde 2006 para la evaluación del nivel de cumplimiento de los indicadores. Los resultados se analizan para cada hospital y a nivel regional y se comparan con niveles de cumplimiento de referencia.

FASE II. DESPLIEGUE

La implantación y despliegue del proceso se realizó de forma progresiva y a la vez simultánea en los 9 hospitales públicos del SMS.

Como refuerzo y soporte a la implantación, en 2006 se incluyen por primera vez objetivos de calidad de cuidados de enfermería en los Contratos de Gestión, indicadores para su medición y la metodología de evaluación. A partir de ese momento se han ido incrementando en función de las necesidades identificadas y a propuesta del Grupo GREMCCE.

Para conseguir un despliegue sólido e integrado, se desarrollan acciones a dos niveles:

<u>Actividades a nivel de Servicios Centrales</u>

- Diseño de un Plan de formación dirigida a los componentes del Grupo GREMCCE.

- Establecimiento de reuniones periódicas tras cada medición.
- Elaboración de una Guía de apoyo metodológico, que se actualiza cada año, como acompañamiento al plan de medición de los indicadores.
- Diseño de una estrategia para garantizar unos cuidados continuados al paciente y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Normalización de un Procedimiento estándar para la elaboración de recomendaciones de cuidados al alta para el paciente y familia.

Actividades a nivel de Centros Sanitarios

- Difusión de los Objetivos e Indicadores de Calidad en los hospitales.
- Despliegue en cascada de la información sobre los resultados de cada medición.
- Adaptación progresiva de los sistemas de registro.
- Modificación de circuitos organizativos.
- Diseño de herramientas de apoyo.

Fase III. EVALUACIÓN Y REVISIÓN

GREMCCE es un proyecto vivo. Desde su inicio, forma parte de su dinámica la revisión continuada de su trabajo para mejorar los resultados de lo que hace, pero también la identificación de nuevas necesidades y el abordaje de nuevas áreas de trabajo.

Revisión continuada

- En 2007 se llevó a cabo un "Estudio de la Variabilidad metodológica intercentros", identificándose la necesidad de realizar acciones de mejora para homogeneizar la estrategia de evaluación.
- La madurez del proceso nos permitió abordar en 2009 un procedimiento de evaluación conjunta que se realiza a iniciativa del Grupo Regional de forma cruzada en los 9 hospitales públicos del SMS por parte de evaluadores externos.
- Trimestralmente, se analizan los resultados de las evaluaciones de los indicadores. Tras cada medición,

se revisa la metodología, se proponen medidas correctoras y se marcan actuaciones futuras.

Incorporación de nuevas áreas de cuidados

- A iniciativa de los miembros del Grupo, entre 2009 y 2010 se agregaron nuevos objetivos y líneas de actuación en relación a la evaluación y manejo del dolor, la valoración del riesgo nutricional en pacientes quirúrgicos y la creación de grupos de mejora para el desarrollo de actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad (ciclos de mejora).
- Creación de Grupos de Trabajo específicos de Atención Primaria de Salud y Salud Mental para el establecimiento de objetivos específicos en el Contrato de Gestión para estas Áreas.

Resultados generales

- Implantación de una "cultura de gestión de la calidad y de la seguridad en los cuidados".
- Consolidación de un espacio, un "Foro Regional" que mantiene reuniones periódicas tras cada medición.
- Constitución y funcionamiento de las Comisión de Cuidados de Área en 100% de los centros sanitarios del SMS.
- Rediseño de 42 protocolos de enfermería, normalizando las actuaciones correspondientes a 7 áreas de cuidados.
- Creación de un banco de iniciativas de acciones de mejora.
- Elaboración de 72 Recomendaciones de Cuidados al alta para el paciente y la familia en diferentes áreas de cuidados.
- 63 ciclos de evaluación y mejora realizados y documentados desde 2009.

Resultados en mejora de cuidados

1.- Comparando el nivel de cumplimiento de cada uno de los indicadores evaluados en 2010 a nivel regional con los resultados alcanzados en 2009, encontramos que se obtienen mejoras en el 84% de los de los 25 indicadores

valorados y unos niveles de cumplimiento por encima del 80% en gran parte de los indicadores.

2.- Centrándonos en los resultados relacionados con la mejora de la seguridad del paciente a nivel regional, se evaluaron 13 indicadores entre 2006 y 2010, 5 sobre prevención de úlceras por presión, 3 sobre prevención de caídas, 4 sobre prevención de infecciones asociadas al uso de catéter venoso y 1 de prevención de infecciones asociadas al uso de catéter vesical. Destacamos los siguientes:

- Prevención de UPP: Se observa una tendencia positiva en la secuencia de monitorización desde 2006. Se aprecian niveles de cumplimiento elevados, por encima del 90% en la evaluación de 2010.
- Prevención de caídas: los niveles de cumplimiento regionales están en torno al 90% en los indicadores evaluados en los últimos años. Se está incrementando la declaración de caídas desde 2006 (419 casos en el último año).
- Cuidados del Paciente con sonda vesical: En este indicador se produce una mejora de casi 7 puntos a nivel regional, se pasa de 61,9% en 2009 a 68,5% en 2010.
- Los indicadores de cuidados a pacientes con catéter venoso central y catéter venoso periférico presentan una tendencia positiva desde 2006 en su nivel de cumplimiento
- Incidencia Flebitis y Extravasación: en ambos está por debajo del 1%, para 2010.

CONCLUSIONES

- Los resultados ponen de manifiesto el éxito del trabajo enfermero y evidencian cómo con una organización adecuada y con niveles similares de recursos, se logran mejoras en cuidados que impactan en la calidad de la atención.
- A través de sus diferentes líneas de actuación, el grupo GREMCCE difunde una cultura de calidad entre los profesionales, potenciando importantes alianzas

entre todos los implicados, a través de la formación, la investigación, y la evaluación y mejora de prácticas seguras y de calidad en todos los centros sanitarios del SMS.

- La generación de esa "cultura de gestión de la calidad ha permitido que los objetivos a incluir en el Contrato de Gestión del año siguiente sea negociado por los responsable de cada hospital con los servicios centrales, teniendo en cuenta el punto de partida de los resultados de cada uno.
- El trabajo cooperativo realizado nos ha permitido hablar un lenguaje común a la hora de detectar problemas y valorar las soluciones a aplicar, generando una dinámica que ha superado las resistencias de cada centro, en Pro del proyecto corporativo.

*Grupo GREMCCE: Juan J. Arnao, José Manuel Bernal, Carmen Castillo, Joaquín Cánovas, Belén Caravaca, José A. Díez, Pilar Ferrer, Juan A. Flores, Pilar García, Mercedes Gómez, Remedios Gómez, Antonio Gris, Francisca Hernández, Solanger Hernández, Javier Iniesta, Mª Dolores Iniesta, Jesús Manuel Jiménez, Jesús Leal, Josefa León, Juan Antonio López, José Carlos López, Mercedes López, Yolanda López, Juan M. Lucas, Mª Dolores Meroño, Manuela Muñoz, Antonio Paredes, César Pérez, José M. Robles, Ángeles Sáez, Joaquina Salmerón, Mª Dolores Saura, Elvira Solano.

Sesión Plenaria 4

La Gestión de la Calidad y la Calidad de la Gestión.

Diez años de Gestión de la Calidad: del dicho al hecho.

Oscar Moracho del Río. *Experto en Gestión Sanitaria.*

La presente ponencia trata de analizar y establecer ciertas reflexiones acerca de los cambios y avances en la gestión de la calidad en los últimos diez años, tomando especialmente como base la actividad de los congresos de 2001 en Murcia y 2010 en Santiago de Compostela. Se trata de plantear una reflexión, y quizás algunas respuestas, en torno a ciertas preguntas habituales en nuestro entorno. ¿Son útiles los congresos? ¿Aprendemos y aprovechamos las mejores experiencias para aplicarlas en las organizaciones? ¿De qué hablábamos y qué hacíamos hace diez años y en la actualidad? ¿Quiénes son los agentes que intervienen en la mejora de la calidad en mayor medida? ¿Qué temas han dejado de estar en la agenda de la calidad y cuáles han aparecido últimamente?

Para ello se ha establecido como base una clasificación de las comunicaciones orales presentadas en los dos congresos, ya que fueron calificados como los trabajos de más calidad presentados, y puede ser suficientemente significativa para el objeto de la ponencia. El número de comunicaciones orales fue de 229 en 2001 y de 246 en 2010.

La forma de abordar el estudio contiene un sesgo importante, ya que no todas las experiencias en calidad son presentadas el congreso; existen otros foros de discusión, y hay experiencias, profesionales y Comunidades que no acuden al congreso por falta de interés o de financiación. La elección de esta metodología se ha basado en la factibilidad de su realización y de una primera reflexión frustrante y alarmante: en estos años no se ha avanzado apenas en la disponibilidad de fuentes y datos que permitan valorar

el grado de avance en la implantación de sistemas y herramientas de gestión de la calidad en las diferentes organizaciones, ni de los resultados obtenidos por los mismos en términos de calidad o impacto en la salud.

a) Temática tratada en los congresos

Los agrupadores temáticos incorporan las áreas de interés identificadas por los organizadores, y reflejan los aspectos más destacados o que se pretenden potenciar en los congresos. Una primera aclaración es que no siempre el tema central de la comunicación se corresponde exactamente con el agrupador, ya sea por la dificultad en la clasificación, subjetividad de los autores (en el último congreso, que lo clasifican ellos) o por condicionantes logísticos a la hora de elaborar las mesas.

En el congreso de 2001 se agruparon las comunicaciones en torno a 22 temas, que a fin de facilitar la comparación se han clasificado de nuevo en la tabla 1. La tabla 2 recoge la clasificación original.

Tabla 1: Porcentaje de comunicaciones congreso 2001 por agrupadores temáticos (reclasificado).

CONGRESO 2001	% COMUNICACIONES
Áreas clínicas	34
Procesos	10
Herramientas de gestión	15
Sistemas de gestión	20
Satisfacción	22

Tabla 2: Porcentaje de comunicaciones congreso2001 por agrupadores temáticos (original)

ÁREAS TEMÁTICAS	Nº COMUNICACIONES
ÁREAS CLÍNICAS	
Área Quirúrgica	11
Urgencias, Emergencias y UCI	11
Atención Primaria	13
Cuidados enfermería	8
Calidad CCEE	11
Infección nosocomial	6
Medicamento	5
Salud mental y sociosanitarios	12
PROCESOS	
Procesos no asistenciales	11
Protocolos y Vía Clínicas	12
HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	
Variabilidad y adecuación/AEP	16
Sistemas información	13
Historia Clínica	5
SISTEMAS DE GESTIÓN	
Mejoras calidad	13
Modelo EFQM	5
Modelo SERVQUAL	9
Monitorización calidad	6
Planes de mejora	4
Certificación y Acreditación	8
SATISFACCIÓN	
Cliente Interno	13
Expectativas ciudadanos y profesionales	17
Satisfacción pacientes	20

Tabla 3: Porcentaje de comunicaciones congreso 2010 por agrupadores temáticos

	% COMUNICACIONES
Seguridad	34
Procesos	22
Ciudadano	11
Investigación/Formación en calidad	11
Sistemas de gestión	11
Liderazgo/Gestión clínica	7
Responsabilidad social corporativa	4

Como se puede apreciar, en estos años las áreas clínicas y la satisfacción (calidad percibida) han disminuido su presencia, mientras la seguridad ha pasado a ocupar más del 30% del espacio. Otras áreas como los procesos han aumentado discretamente, mientras los aspectos de gestión ocupan un espacio similar y relevante.

Una lectura optimista podría llevar a la conclusión que los temas abandonados o que han disminuido su presencia tienen un grado de consolidación suficiente. La percepción de la realidad de los centros puede ser mucho más crítica. Aunque no se dispone de datos para confirmarlo, la sensación es que si bien las encuestas de satisfacción se han convertido en un elemento habitual en muchos hospitales y en algunos centros de atención primaria, apenas han modificado su formato y contenido, se limitan en su mayoría a grupos genéricos de servicios (hospitalización, consultas y urgencias habitualmente), sus resultados son poco conocidos por clientes y profesionales, suelen carecer de objetivos retadores y en contadas ocasiones suponen el origen real de pequeñas mejoras en la prestación. Por otra parte, la satisfacción de profesionales, del cliente interno o de alianzas, siguen estando en fase incipiente de implantación para su utilización como herramienta de gestión en un gran número de organizaciones.

La importante presencia de la seguridad clínica como elemento de investigación y gestión sí ha supuesto una incorporación novedosa y positiva en la agenda profesional y de gestión. En los últimos años, y favorecida por una estrategia unificada, incentivos para su promoción, claros líderes profesionales y una amplia difusión, está cambiando la cultura y sensibilidad profesional y de los pacientes, siendo escasos los hospitales que no están desarrollando alguna iniciativa, actividad o plan para su gestión y mejora. Sin embargo todavía queda un largo recorrido, tanto en la temática, que se concentra en el área quirúrgica, farmacia y sistemas de registro, como en el nivel de implantación y los resultados obtenidos en seguridad. Habrá que seguir invirtiendo esfuerzos y recursos para consolidar y profundizar en esta área para que no acabe siendo una moda superficial y estética como en otros aspectos de la gestión de la calidad.

La tabla 4 complementa la lectura de los agrupadores, y aunque no recoge todas las comunicaciones por motivos de extensión, destaca aquellas palabras clave que centraron el motivo de la exposición, y en negrita se resaltan algunos aspectos más llamativos en cuanto a su variación en número.

Tabla 4: Número de comunicaciones por áreas temáticas

TEMAS	2001	2010	TEMAS	2001	2010
Patología	33	20	Comunicación	4	5
Satisfacción	29	9	Guía práctica clínica	4	2
S. Información	19	4	Acreditación	3	2
Planes	13	3	Certificación	3	8
Adecuación	11	3	EFQM	3	4
Indicadores	9	7	Logística	3	0
Proceso	9	7	SERVQUAL	3	0
Farmacia	8	11	**Efectos adversos/Incidentes**	2	13
Citación	7	0	**Información**		13

Formación	7	13	**Verificación quirúrgica**		11
Infección	7	5	Innovación		6
Mejoras	7	4	Seguridad varios		7
Protocolo	7	12	Informática		4
Vía clínica	6	1	Lavado manos		4
Gestión	5	22	Cuadro mando		3
Personal	5	4	Estándares		3

Resalta la disminución de comunicaciones en áreas relacionadas con patologías concretas, satisfacción, sistemas de información, vías clínicas, citación y adecuación. Este último aspecto tiene mayor relevancia, dada la escasa atención que se ha prestado siempre a este atributo fundamental de la calidad, y ante cuya duda en su efectividad se pueden poner en cuestión otros avances en la calidad de los servicios. Así mismo, la limitada aparición de vías clínicas, y sobre todo su anecdótica incorporación como herramienta de gestión en nuestras organizaciones, es un síntoma de la limitada implantación de la gestión de procesos y de la falta de coherencia del discurso profesional y de gestión, dada su irrefutable efectividad para reducir la variabilidad y mejorar la eficiencia de los servicios asistenciales.

Por el contrario, se han incorporado o han aumentado su presencia áreas como la formación, protocolos, certificación, seguridad, información, innovación o gestión. Esta última, indica una tendencia positiva en la confluencia entre estos dos términos histórica y artificialmente diferenciados, siendo paralela la aparición de la palabra calidad en los congresos de gestión. Efectivamente, no se puede mejorar la calidad sin gestionar, ni se puede gestionar sin tener en cuenta la calidad. En este sentido, sería conveniente potenciar en mayor medida los encuentros técnicos y el intercambio de experiencias entre las diferentes asociaciones profesionales; otro aspecto del que hablamos desde hace años sin ir acompañado por los hechos.

Herramientas específicas de gestión de la calidad, como la acreditación, procesos, acreditación o modelo EFQM, tienen una presencia mantenida pero llamativamente baja, aunque un número importante de comunicaciones desarrollan aspectos específicos de alguna de ellas, especialmente las derivadas de la adopción más generalizada del modelo de excelencia. Sin embargo sigue sin incorporarse de una forma decidida y amplia la gestión clínica y la gestión por procesos como líneas estratégicas estables en las organizaciones, a pesar de que con anterioridad a 2001 habían demostrado claramente los beneficios de su implantación.

Llaman la atención las ausencias o referencias anecdóticas a algunos términos de importancia capital en la gestión de la calidad como costes, incentivos, accesibilidad, medioambiente, alianzas, cuidador o estándares. Así mismo, el área de ciudadanos, a pesar de los esfuerzos continuados para su incorporación en las jornadas, sigue teniendo un desarrollo testimonial y esporádico. También resulta tímida todavía la incorporación de herramientas de soporte informático o innovadoras para la gestión de la calidad, mostrando todavía un diferencial negativo alto en relación a otros sectores.

b) Fases de implantación

En la tabla 5 se ha establecido una clasificación, utilizando criterios subjetivos para su establecimiento, del objetivo principal de los trabajos presentados en función de su ciclo de gestión.

- Descripción: El trabajo describe una situación centrándose en el diagnóstico de la misma, la exposición de una herramienta o la opinión sobre una experiencia.

- Programa: Se centra en la planificación de una actividad o desarrollo.
- Monitorización: El objetivo del trabajo es la incorporación de medidas o la monitorización de una situación objeto de estudio.
- Evaluación: Además de la medición, se incorpora el diagnóstico y la identificación y planificación de áreas de mejora.
- Implantación: El trabajo expone la experiencia de implantación de un sistema o herramienta, habitualmente acompañado de algún tipo de evaluación, aunque sea cualitativa.

Tabla 5: Porcentaje de comunicaciones por fase de implantación

	2001	2010
DESCRIPCIÓN	31	33
PROGRAMA	14	6
MONITORIZACIÓN	26	14
EVALUACIÓN	14	26
IMPLANTACIÓN	16	22

Aunque existe un sesgo, debido a que el límite de extensión de las comunicaciones incentiva la presentación de aspectos parciales de un proyecto, dada la dificultad de incorporar en formato *abstract* determinadas implantaciones generales, la distribución de los porcentajes conserva una cierta estabilidad en el tiempo. Si bien hay una tendencia al aumento de trabajos enfocados a la evaluación y a la implantación, es preocupante el alto porcentaje de comunicaciones y de tiempo dedicados a describir actuaciones, intenciones o mediciones realizadas, aspectos que, aunque necesarios, aportan muy escaso valor añadido para el aprendizaje, la investigación o la mejora de los sistemas y los resultados.

c) Tipo de organización

La tabla 6 refleja el porcentaje de comunicaciones presentadas según el tipo de organización. No se ha establecido una categoría para aquellos trabajos presentados en equipo entre varias organizaciones, aspecto que afortunadamente va aumentando paulatinamente. Las comunicaciones clasificadas como global son las que abordan dimensiones o áreas de interés que aglutinan la asistencia primaria y la especializada.

Se mantienen a lo largo de estos años las proporciones, con una masiva preponderancia de los trabajos cuya diana es el hospital, y sin que se haya aumentado su presencia todavía el área sociosanitaria.

Tabla 6: Porcentaje de comunicaciones por tipo de organización

	2001	2010
HOSPITAL	67	69
PRIMARIA	18	16
GLOBAL	9	11
OTROS	3	4
SOCIOSANITARIO	2	0,4

d) Autores

La clasificación según la pertenencia del autor principal es más difícil de establecer, ya que muchos trabajos son interdisciplinarios o están firmados por profesionales de distintos estamentos. Los porcentajes reflejados en la tabla 7 se han realizado teniendo en cuenta el primer autor o la pertenencia a un estamento de la mayoría de los firmantes. El epígrafe de centrales recoge tanto los servicios centrales propiamente dichos, como

organizaciones, centros formativos o universidades que no pertenecen a una organización sanitaria concreta.

De su lectura se desprende que ha aumentado la presencia y el protagonismo de los servicios de calidad. Así mismo, el mayor porcentaje de trabajos es presentado por un servicio clínico, aunque es notoria la presencia de los servicios de medicina preventiva o formación, que en algunas organizaciones están incorporados a los organigramas funcionales de apoyo a la calidad.

Los trabajos presentados por directivos, o firmados por ellos como autor principal, mantienen una importante presencia, aspecto fundamental como reflejo del compromiso y liderazgo directivo, sin cuyo apoyo los esfuerzos en el desarrollo de la gestión de la calidad se ven muy disminuidos en su efectividad.

También es significativa la escasa presencia de unidades de gestión clínica como firmantes de los trabajos, que constata la escasa implantación de esta forma organizativa en las organizaciones sanitarias. Así mismo, ha disminuido de forma considerable la presencia de comités y comisiones, siendo sustituidos en algunos casos por grupos de trabajo o mejora pertenecientes a diferentes servicios. Sigue siendo un reto pendiente la incorporación decidida de sociedades científicas y profesionales en nuestros congresos.

Tabla 7: Porcentaje de comunicaciones por autores

	2001	2010
SERVICIO CALIDAD	12,2	21,5
DIRECCIONES	23,6	21,5
SERVICIO	35,4	32,9
UNIDAD GESTIÓN CLÍNICA	0,0	1,2
COMITÉ	7,0	0,4
CENTRALES	20,5	21,5
SOCIEDAD CIENTÍFICA	1,3	0,8

e) Origen geográfico

Como se puede apreciar en la tabla 8, alrededor del 80% de los trabajos han sido presentados por seis comunidades (Andalucía, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco). Como en todos los congresos, es notorio el efecto tractor de la sede en cuanto al número de comunicaciones presentadas. Es destacable además, el crecimiento importante en la presencia de Aragón y Castilla la Mancha, así como la escasa participación o ausencia de otras, sin apreciarse una relación clara con la paulatina constitución de sociedades autonómicas.

Tabla 8: Porcentaje de comunicaciones por comunidad autónoma

	2001	2010
Andalucía	23,6	11,8
Aragón	1,3	7,7
Asturias	1,7	0,8
Baleares	1,3	0,8
Canarias	0,0	0,8
Cantabria	0,0	0,4
Castilla-la Mancha	1,3	4,9
Castilla y León	1,7	0,8
Cataluña	13,1	19,5

Ceuta y Melilla	0,0	0,8
Comunidad Valenciana	3,5	2,4
Extremadura	0,0	0,0
Galicia	4,8	15,9
La Rioja	0,4	0,4
Madrid	8,3	15,0
Murcia	22,7	7,7
Navarra	3,5	1,2
País Vasco	10,9	8,1
Nacional	1,3	0,4
Iberoamérica	0,4	0,4

f) Otros aspectos

Aunque en apariencia puede resultar anecdótico, llama la atención el importante número de firmantes en el congreso de 2001 que no figuran en 2010, especialmente relacionado con la elevada rotación de responsables en el campo de la calidad y la gestión, debido principalmente al mantenimiento de criterios en exceso personalistas o basados en la afiliación y la docilidad política. En estos años se ha avanzado poco o nada en el respeto profesional a gestores o especialistas en calidad.

En cuanto al papel de los grupos de interés en el protagonismo o capacidad de influencia en los temas de investigación y gestión de la calidad, apenas ha cambiado en el tiempo. Los trabajos están influidos principalmente por los intereses profesionales y gestores, y se han incorporado en escasa medida los clientes, ciudadanos, proveedores, sociedades científicas o grupos representativos de la sociedad.

En cuanto a las dimensiones de la calidad abordadas en los trabajos presentados, tienen una presencia consolidada la seguridad, calidad percibida, efectividad y continuidad de cuidados, mientras que otras áreas como la adecuación, accesibilidad, oportunidad o eficiencia siguen sin tratarse de una forma sistemática o generalizada.

Conclusiones

- No se ha avanzado apenas durante estos años en la disponibilidad de sistemas de información que permitan conocer, compartir y evaluar el grado de implantación de sistemas y herramientas de calidad en las organizaciones sanitarias, ni de sus efectos en relación a los resultados obtenidos.

- Hablamos mucho y hacemos poco. Oímos mucho y escuchamos poco. Nos informamos mucho y aprendemos poco. Diagnosticamos mucho y curamos poco.

- Durante estos años las áreas clínicas, la calidad percibida, vías clínicas o la adecuación han disminuido su presencia en los debates, a pesar de tener un margen de mejora todavía muy importante. Otras áreas como la gestión de procesos han aumentado discretamente, mientras los aspectos de gestión ocupan un espacio similar y relevante.

- La gestión de la seguridad clínica se ha incorporado en la agenda profesional y de gestión de una forma consolidada, pasando a suponer más del 30% de los trabajos presentados.

- Algunos términos de importancia capital en la gestión de la calidad como costes, incentivos, accesibilidad, medioambiente, alianzas, cuidador, estándares, ciudadanos, herramientas de soporte informático, crónicos o innovación, siguen teniendo una escasa presencia en los trabajos presentados.

- Herramientas específicas de gestión de la calidad, como la acreditación, procesos, acreditación o modelo EFQM, tienen una presencia mantenida pero llamativamente baja.

- La escasa referencia a las vías clínicas, y sobre todo su anecdótica incorporación como herramienta de gestión en nuestras organizaciones, es un síntoma de la limitada implantación de la gestión de procesos y de la falta de coherencia del discurso profesional y de gestión, dada su irrefutable efectividad para reducir la variabilidad y mejorar la eficiencia de los servicios asistenciales. Unido a algunas observaciones anteriores, implica una carencia importante de líneas y estrategias de implantación que apoyen realmente la efectividad y la calidad por parte de muchos decisores políticos, y un abuso de términos de gestión que sin una implantación real restan credibilidad e implicación profesional ante futuras líneas de trabajo.

- Si bien hay una tendencia al aumento de trabajos enfocados a la evaluación y a la implantación, es preocupante el alto porcentaje de comunicaciones y de tiempo dedicados a describir actuaciones, intenciones o mediciones realizadas, aspectos que, aunque necesarios, aportan muy escaso valor añadido para el aprendizaje, la investigación o la mejora de los sistemas y los resultados.

- Los hospitales siguen aportando cerca del 70% de las comunicaciones, manteniéndose las proporciones en el resto de organizaciones.

- En cuanto a los autores, sigue manteniéndose los servicios como principales protagonistas (30%), mientras que los servicios de calidad (con presencia creciente), directivos o servicios centrales aportan un 20% cada uno. Sigue siendo escasa la presencia de sociedades clínicas y científicas.

- Alrededor del 80% de los trabajos han sido presentados en los dos congresos por seis comunidades (Andalucía, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco), siendo notorio el efecto tractor de la sede, con una participación creciente por parte de alguna comunidad (Aragón y Castilla la Mancha) y la escasa presencia crónica de otras.

- El papel de los grupos de interés en el protagonismo o capacidad de influencia en los temas de investigación y gestión de la calidad, apenas se ha modificado en el tiempo, siendo los profesionales y gestores los tractores mayoritarios.

- Se aprecia una tendencia positiva en la confluencia de los intereses y lenguaje compartido entre las dimensiones y sistemas de gestión y calidad, aunque quede un largo camino que recorrer, y en estos años se haya avanzado poco o nada en el respeto profesional a gestores o especialistas en calidad por parte de los responsables políticos.

- Los congresos siguen siendo relevantes para conocer y compartir experiencias y buenas prácticas, siendo junto a la revista la herramienta con mayor impacto en la difusión del conocimiento científico en nuestra Sociedad Científica.

- No parece existir una relación fuerte entre los resultados positivos de los trabajos presentados y la implantación generalizada de estas mejores prácticas en los centros o servicios de salud.

- Sigue siendo un reto extremadamente difícil, apasionante y dependiente en gran parte de todos nosotros, dar respuesta a las asignaturas pendientes expuestas, y además ineludible y urgente ante el entorno y la situación actuales.

Bibliografía:

Parra P, Hernando L, Gomis R, Saturno P, Más A, Ramón T, Palomar J. El congreso de Murcia: análisis de resultados. Rev Calid Asist. 2002;17:43-9.

Mira J, Hernández R, Jiménez A, Machado Toledo D. La investigación en calidad en España. Análisis de la I+D a partir de las comunicaciones presentadas en el XXII Congreso de la SECA. Rev Calid Asist. 2005;20:131-9.

Parra P, López-Picazo J, Ramón T, Gomis R. Evolución de la producción científica en calidad. Análisis y mejora del proceso de evaluación en el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Rev Calid Asist. 2008;23:65-71.

Astier-Peña MP, Barrasa-Villar I, García-Mata JR, Aranaz-Andrés J, Enriquez-Martín N, Vela-Marquina ML. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial: un

buen equilibrio entre calidad e innovación, ciencia y participación. Rev Calid Asist. 2010;25:291-300.

Hernández-García I. Proporción de comunicaciones orales publicadas tras su presentación en el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial del año 2006. Rev Calid Asist. 2011; 26 :201-2.

Astier Peña MP, Lorenzo Martínez S, Santiñá M, Martín A. Desarrollo y aportaciones del Comité Científico del XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial en Barcelona, 2007. Rev Calid Asist. 2009;24:207-14.

Reyes-Alcázar V, Torres-Olivera A, Suárez-Alemán G. Evaluación y aprendizaje del 27 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Rev Calid Asist. 2010;25:301-7.

Lorenzo S, Cañibano S, Carbonell JM, Mira J, Peiró S, Fernández-León A, Herranz V, Carrasco G. La gestión del Comité Científico del XXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Rev Calid Asist. 2004;19:27-33.

Rodrigo I, Ayerdi K, Viñes J, Calleja V, Muru A, Urdin C. XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Cuatro días de calidad en Navarra. Rev Calid Asist. 2003;18:178-84.

Experiencia de 15 años en la aplicación del Modelo de Excelencia EFQM en el Hospital Galdakao-Usansolo.

Santiago Rabanal Retolaza. *Gerente del Hospital Galdakao-Usansolo. Osakidetza.*

Antecedentes

El Hospital de Galdakao-Usansolo es un hospital general de agudos perteneciente a la red de Osakidetza, con aproximadamente 400 camas que da cobertura a unos 300.00 habitantes de la Comarca interior de Bizkaia. El pasado año 2010 atendió 22.573 ingresos, con una estancia media de 4,59 días, realizó 12.227 intervenciones quirúrgicas, atendió 79.233 urgencias y 397.027 consultas.

El sistema de gestión del HGU toma como referencia desde el año 1996, al igual que el resto de Osakidetza, el Modelo de Excelencia EFQM. Desde entonces ha ido alcanzando diferentes etapas en el ámbito de la Calidad, la Innovación, el Medio ambiente y la Responsabilidad Social Corporativa. Los hitos más reseñables en este recorrido han sido los siguientes:

- 2000: Se comienza con la Gestión por Procesos.
- 2003: Inicio de la certificación de procesos por la Norma ISO 9001, certificación de los 5 primeros procesos.
- 2007: Evaluación Externa de nuestro sistema de gestión según el Modelo EFQM y obtención de la Q Plata por obtener más de 400 puntos. Certificación con la Norma ISO 9001 del PR Hospitalización.
- 2008: Realización y verificación de la Memoria de RSC según el "Global Reporting Initiative" obteniendo el sello "A+". Autoevaluación de cómo gestionamos la innovación en el HGU

- 2009: Evaluación Externa de nuestro sistema de gestión según el Modelo EFQM y obtención de la Q Oro por obtener más de 550 puntos. Autoevaluación de RSC. Certificación con la Norma ISO 14001 del PR Gestión Medioambiental. Adhesión al Pacto Mundial de la ONU
- 2010: Obtención del "Premio Iberoamericano de Gestión. Categoría Oro"
- 2011: Premio OMARS a la RSC. Certificación OSHAS. Alcance de la certificación ISO al 100% del Hospital.

Retos

El contexto actual de crisis económica sin precedentes en la última década y un entorno, social, en general, y sanitario, en particular que tiene que hacer frente a un incremento de la demanda asistencial por motivos demográficos y su encarecimiento por el alto coste de los nuevos medicamentos y tecnologías médicas, ha hecho ver la necesidad de realizar una trasformación del HGU, un pilar básico de esta trasformación es la apuesta por el Modelo EFQM y los retos planteados son:

- Descentralización del Hospital
- Apuesta por la innovación y Creatividad
- Nuevo modelo organizativo, haciendo especial énfasis en la atención del paciente crónico y la integración de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Integración de la RSC en la Estrategia del Hospital

Siguiendo el Modelo EFQM, las actuaciones realizadas, en cada uno de los criterios, para hacer frente a estos retos son:

Liderazgo

Una de las apuestas claras del HGU ha sido el impulso del liderazgo compartido, entendiendo que para realizar la transformación del modelo organizativo y asistencial, es imprescindible un fuerte liderazgo y la participación de todas las personas que trabajan en el HGU.

El concepto de liderazgo en el HGU ha evolucionado de identificarse con una estructura jerarquizada, basada en el mando y dando respuesta a una estructura vertical, a un liderazgo alineado con un sistema de gestión que propicia la implicación de las personas en los objetivos de la organización y la asunción de responsabilidades. Tras la primera definición de liderazgo en el año 1998, ésta ha sido revisada en diferentes ocasiones, la última en 2011, quedando definida de la siguiente manera:

"Líder es aquel profesional que siendo referente de un equipo, bien de forma permanente o temporal, comparte la visión del Hospital y moviliza a las personas para la consecución de los fines y metas de la organización"

El número de líderes identificados en el Hospital ha pasado de 11 en el año 1995 a 170 en 2011. Asimismo, se han identificado, definido y revisado las competencias que deben poseer los líderes para realizar el ejercicio del liderazgo de manera efectiva.

Asimismo, y en consonancia con los Valores se han identificado, definido y revisado las competencias que deben poseer los líderes para realizar el ejercicio del liderazgo de manera efectiva. Estas son:

- Generación de líderes en su entorno
- Capacidad de fomentar el trabajo en equipo promoviendo la participación, cohesión y satisfacción de las personas que conforman su equipo
- Capacidad impulsar el cambio y la innovación
- Orientación al paciente
- Compromiso con la excelencia en la gestión
- Compromiso con la actualización de los conocimientos del equipo y la ética profesional

Desde el año 2007, y con carácter bienal, se realiza una evaluación de los líderes que ejercen un liderazgo

permanente. A través de esta evaluación se identifica el grado de adecuación de cada líder a las competencias de liderazgo definidas. Ello da lugar a un plan de acción individual, aplicado al 100% de los líderes evaluados. Dentro de este plan de acción individual se ha realizado un curso de formación en base a los resultados obtenidos en la encuesta y las áreas de mejora detectadas, en el que han tomado parte todos los líderes del HGU. Como resultado de este proyecto, la evaluación de los líderes del Equipo Directivo ha pasado de un 6,84 en 2007 a un 7,23 en 2011. Además el Equipo directivo realiza una Evaluación 360º.

Con el objetivo de propiciar la participación de un mayor número de personas en la gestión e impulsar un liderazgo compartido se han identificado en el HGU unas figuras en los servicios/unidades los "Kaligidariak" o "Gestores de Calidad" que son los interlocutores entre los servicios y procesos y dan apoyo a los jefes de servicio y propietarios de procesos. Este cambio también ha tenido su reflejo en el nuevo organigrama del hospital, donde estas nuevas figuras quedan representadas en al interacción entre los Procesos y los Servicio/unidades de enfermería.

Estrategia

En este criterio los retos plateados son:

- Incorporar la Innovación y Creatividad a nuestra Estrategia
- Integrar los conceptos de RSC
- Incorporar las necesidades de los Grupos de Interés en Estrategia del Hospital.

Nuevo Plan estratégico 2010-14

El año 2009 el Hospital agotaba el ciclo del Plan Estratégico anterior, convirtiéndose por lo tanto en una oportunidad para diseñar una estrategia que integrara todos estos retos. El HGU entendía que para afrontar el

nuevo escenario, debía diseñar un Plan Estratégico que fuese innovador, creativo, y participativo, y que además contara con la presencia de todos los Grupos de Interés.

La creatividad ha estado presente incluso en la propia metodología utilizada. Hasta entonces los anteriores planes estratégicos utilizaban exclusivamente herramientas clásicas de gestión, como el análisis DAFO. En el PE 2010-2014 además, se ha introducido como mejora la realización de Talleres de Creatividad y World Café. Tras la definición de la Misión, Visión y Valores, se identificaron 9 Objetivos Estratégicos. Para cada uno de los Objetivos Estratégico, se ha realizado un taller de creatividad utilizando las técnicas de Pensamiento Lateral y los "6 sombreros para pensar" del profesor Edward de Bono. En dichos talleres también participaron grupos de interés del Hospital.

Para la comunicación se ha utilizado el método del World Café, al que se incorporaron elementos de diseño e innovación en los materiales de trabajo, con el objetivo de despertar la curiosidad. Se han realizado 9 sesiones con dos enfoques diferenciados: uno para las personas de la organización y otro para los Grupos de Interés externos. Cada una de ellas logra comunicar de manera directa el PE a un importante número de agentes, tanto internos, como externos, y se recibe un "feed back" importante sobre los contenidos del Plan;

"World Café" interno permite recoger ideas que se tendrán en cuenta por el Equipo de Dirección para incorporarlas como proyectos en el Plan Estratégico, favoreciendo así el alineamiento de los objetivos personales y de equipo con los del HGU.

El "World Café" externo aporta reflexiones a incorporar al objetivo referente a la Responsabilidad Social Corporativa.

Se logra finalmente que este importante grupo de personas perciba elementos de innovación en la forma de comunicar del Hospital y se cohesiona a todas las personas del HGU en torno al Plan Estratégico. Esta metodología además de innovadora y utilizar herramientas de Creatividad garantiza que, a través de la participación de nuestros GI en la definición del PE 2010-2014, este recoge sus expectativas y necesidades.

En total en el diseño de dicho plan han participado 370 personas del HGU, contando la presencia de 32 invitados externos, pertenecientes a nuestros GI, Además han participado el 98% de los líderes del HGU.

Integración de la RSC en la Estrategia

En 2008 el HGU ha realizado una revisión del enfoque de la Estrategia, buscando evolucionar hacia una organización centrada en la creación de valor para el conjunto de la sociedad. Para ello ha introducido en su gestión la Responsabilidad Social Corporativa, que supone el compromiso ético del HGU en la gestión, y se ha adherido al Pacto Mundial de la ONU, pacto que se renueva anualmente. Su gestión se concreta en:

- Rentabilidad y sostenibilidad económica
- Sostenibilidad medioambiental
- Sostenibilidad social

La Responsabilidad Social Corporativa se ha incorporado como elemento clave de la Estrategia por ello los conceptos inherentes a esta han sido una de las bases sobre las que se ha realizado el PE 2010-2014, de forma que son un elemento transversal que afecta a todo el PE, estando presentes en la Misión, Visión y Valores y dos de sus OE, “Ser referentes en RSC” y “Sostenibilidad económica” se centran en ellos.

Para reafirmar este compromiso, desde el año 2008 realiza con carácter bienal, la Memoria de Responsabilidad Social Corporativa, según la Guía G3 del Global Reporting Initiative, que ha sido verificada por una entidad certificadora alcanzando la calificación A+, siendo el primer hospital del Estado Español que lo logra.

Para desplegar este enfoque se ha incluido el proceso "RSC", dentro de los Procesos estratégicos.

Nuevas fuentes de información

Otra de las líneas de trabajo desarrolladas en este criterio ha sido la búsqueda de nuevas fuentes de información de nuestros clientes, mejorar las ya existentes, como son las numerosas encuestas de satisfacción que ya realiza el HGU desde el año 1994. De esta manera se han puesto en marcha:

- Grupos Focales. En el año 2009 se pusieron en marcha grupos focales con pacientes para profundizar en aspectos de mejora ya identificadas en las encuestas de satisfacción.
- Mistery Shoper. Asimismo, este mismo año hemos incorporado una experiencia de análisis, estandarizada en sectores de atención directa al público, pero pionera en nuestro sector, como es el "mistery shoper", o "cliente oculto", donde uno de los pacientes del hospital evalúa el grado de atención recibida. Esta metodología se ha aplicado también en el ámbito de la RSC para mejorar la accesibilidad al HGU en personas con alguna discapacidad.
- Talleres de Creatividad. Se han puesto en marcha talleres en los que además de nuestros profesionales participan pacientes y cuyo objetivo es tener en cuenta sus necesidades y expectativas a la hora de planificar mejoras.
- Base de datos de incidencias: Desde el 2007 con la certificación del PR Hospitalización, se pone en

marcha una base de incidencias, donde todas las personas del HGU puede notificar cualquier necesidad o problema surgido en la asistencia al paciente. Desde el 2011, esta aplicación recoge también la interacción con AP, lo que permite a ambas organizaciones detectar mejoras entre niveles.

Personas

Los profesionales del Centro constituyen el principal factor de éxito y por lo tanto es contemplado como un Grupo de Interés fundamental. En este criterio el HGU ha trabajado sobre todo:

- Participación
- Comunicación
- Formación

Dentro del impulso que se ha dado a la participación de las personas en la gestión del HGU, lo más reseñable es que se ha pasado de contar con 14 equipos de mejora en 2006 a más de 100 en 2010. Esta realidad supone que en el 2010 el 25% de diferentes personas del hospital participaba en algún equipo de mejora.

En el ámbito de la comunicación hemos puesto en marcha diferentes mecanismos para mejorarla: disponemos de un Plan de Comunicación Interna y un Grupo de Comunicación formado por personas de diferentes estamentos que colabora en la revisión de la eficacia de los diversos canales de comunicación y propone mejoras. Entre las nuevas herramientas puestas en marcha destacan;

- Boletín quincenal electrónico "Zuzenean", que emite información de interés general del HGU
- Boletín electrónico "Ospipress", que aporta información relacionada con la Gestión por Procesos
- Revista Galdakao,

- "Desayunos con la Dirección", se han puesto en marcha este año y en ellos se pretende, en un ambiente informal, facilitar la comunicación entre las personas del Hospital y la Dirección.

Par facilitar la formación el hospital dispone de una Comisión de Formación Continua, órgano de participación multidisciplinar de la que forman parte líderes, representantes de los trabajadores y personas de distintos estamentos. El ED aprueba el programa formativo para cada año teniendo en cuenta las necesidades detectadas y la propuesta priorizada de formación realizada por la Comisión de Formación.

Alianza y recursos

En este criterio el HGU ha avanzado en proyectos como:

- Herramientas que nos permitan un seguimiento efectivo de nuestros indicadores
- Contratos de Gestión con servicios y procesos para garantizar la sostenibilidad económica
- Gestión y desarrollo de nuevas Alianzas

Desde 2009 hemos incorporado una herramienta de "Bussines Intelligent" donde se integra toda la información asistencial y de gestión que además cuenta con un sistema de alertas que nos permite corregir y tomar medidas de manera ágil.

El año 2010 se ha realizado una mejora importante del Cuadro de Mando Económico, utilizando esta herramienta de BI, que nos permite visualizar de manera ágil los indicadores económicos y realizar comparaciones con otros periodos, esta herramienta ha obtenido diversos reconocimientos externos y ha sido motivo de benchmarking por numerosas organizaciones. Igualmente, con esta misma herramienta, se ha

desarrollado un CME para los servicios y procesos que les permite monitorizar y realizar un seguimiento mensual de los gastos y costes que tienen.

El contexto actual de profunda crisis económica unido al incremento de la demanda asistencial por motivos demográficos y su encarecimiento por el alto coste de los nuevos medicamentos y tecnologías médicas, nos han hecho ver, como única forma de garantizar la sostenibilidad, la necesidad de realizar una trasformación de nuestra Organización con la participación de todas las personas de en su gestión, realizar una descentralización de la toma de decisiones y pasar de una macrogestión a la microgestión. La herramienta que se plantea es la firma, previa negociación, de contratos de gestión con todos los servicios y procesos del HGU. En dichos contratos se recogen objetivos asistenciales, económicos y estratégicos específicos para cada Servicio y Proceso.

La descentralización y firma de contratos de gestión con los servicios y procesos del HGU tiene como objetivo incorporar a la gestión de nuestro centro al mayor número de personas posible, se busca avanzar en un modelo de gestión descentralizada y participativa para poder utilizar nuestros recursos de una manera más eficiente y adaptar nuestra asistencia a las necesidades de los clientes de una manera efectiva. Este proyecto se ha puesto en marcha de forma piloto el año 2010, con 4 servicios que suponen el 30% de las altas que da el HGU, el año 2011 se ha desplegado en 5 servicios más, que suponen el 68% de las altas, y al P. Hospitalización, durante el año 2012 alcanzará al 100% de los servicios.

La evaluación de los resultados de la fase piloto ha sido muy satisfactoria con un 67% de los objetivos cumplidos y una importante mejora en la eficiencia de esos servicios.

El HGU esta desarrollando en los últimos tiempos una política de Alianzas mucho más activa. Teniendo identificados los aliados clave, para cada uno de ellos se definen los objetivos de la alianza, el valor que aporta a cada una de las organizaciones y el sistema de evaluación. Como ejemplo de nuevas alianzas, se pueden mencionar las siguientes:

- Alianza con el Hospital Basurto para la constitución de un Instituto de Investigación.
- Alianza con una empresa líder en el sector de la Tecnología informática, concretamente en aplicaciones de Bissness Inteligent, para el desarrollo de un módulo de "Coste por Paciente" y su futura comercialización.
- Alianza internacional con el CHU Bordeaux para colaborar en el ámbito de la investigación, formación, benchmarking,…
- Alianza en el ámbito de la RSC, con la edición de un libro de "Cocina saludable" junto con Eneko Atxa, cocinero reconocido con dos estrellas Michelín y referente en innovación gastronómica.

Procesos

En este ámbito es de reseñar que este año 2011, se finaliza, con el alcance de la Certificación ISO 9001 al 100% del HGU, un camino que se inició hace 8 años.

Respecto a la gestión por procesos y las nuevas líneas de trabajo, comentar que se dirigen hacia el nuevo modelo asistencial y organizacional por el que ha apostado la organización y su nuevo Plan Estratégico:

- Coordinación/integración de procesos asistenciales entre Atención Primaria y Especializada
- Modelo asistencial enfocado a paciente crónico
- Aplicaciones de TICs que faciliten la asistencia

Tras la Reflexión Estratégica y en coherencia con la nueva definición de la Misión se identifican 3 tipos de clientes: 1) Paciente agudo: personas del área de cobertura que precisan atención médica especializada 2) Paciente crónico: personas que teniendo una patología

crónica se les ofrece un dispositivo asistencial para evitar o actuar precozmente ante una descompensación de su enfermedad. 3) Ciudadanía: población del área de cobertura, estén enfermos o no, a los que se les ofrecen servicios, en coordinación con la Atención Primaria, para promocionar la salud y prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.

Este nuevo enfoque supone pasar de actuar solo cuando las personas enferman y necesitan cuidados de asistencia médica especializada a asumir el compromiso de trabajar en los ámbitos de prevención de la enfermedad coordinadamente con la Atención Primaria. Para poder atender a este nuevo perfil de cliente se están poniendo en marcha innovaciones organizativas y tecnológicas que permiten desarrollar un nuevo modelo de asistencia, ejemplo de ello son:

- TelEPOC: programa puesto en marcha, conjuntamente con AP, para controlar en su domicilio al paciente con EPOC severo
- PROMIC: programa puesto en marcha, conjuntamente con AP, para controlar en su domicilio al paciente con insuficiencia cardiaca crónica
- TeleAsma: programa puesto en marcha, conjuntamente con AP, para controlar en su domicilio al paciente con asma severa
- Trastornos de la alimentación por Internet: programa puesto en marcha para controlar en su domicilio al paciente con Trastornos de la alimentación.

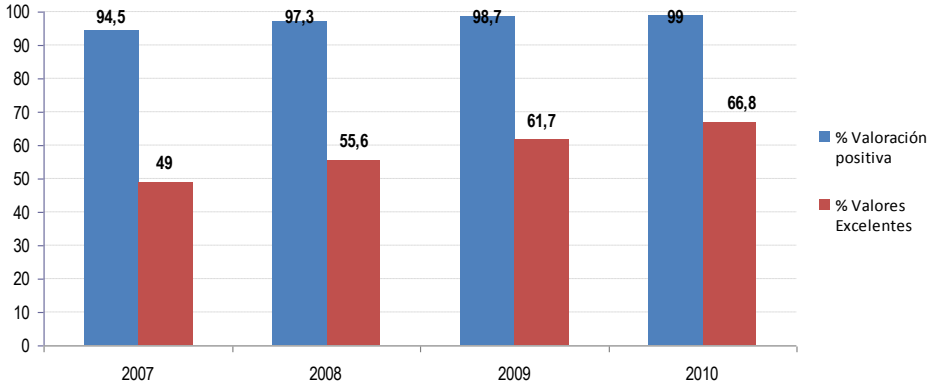
Para reforzar la integración asistencial entre AP y AE se están diseñando conjuntamente Guías de Practica clínica y definición de vías clínicas en los procesos asistenciales más frecuentes. Igualmente se ha desarrollado una plataforma web 2.0 para facilitar la comunicación y la gestión del conocimiento entre ambos niveles

Resultados

La aplicación del Modelo EFQM en el HGU tiene su reflejo en los resultados y tendencias de los indicadores en los últimos años, impactando en todos los grupos de interés.

Los indicadores habituales hospitalarios, como la estancia media ha ido descendiendo progresivamente hasta alcanzar el pasado media de 4 días con una tasa de reingreso de 5,71. Los resultados de indicadores indirectos tienen su reflejo inmediato en las medidas de percepción. Así respecto a la satisfacción de los pacientes, no solo en la valoración positiva sino también en los niveles de excelencia tiene una tendencia al alza destacable. Así el 99% de los pacientes ingresados en el 2010 valoraba positivamente la atención recibida y el 66,7% entendía que era excelente.

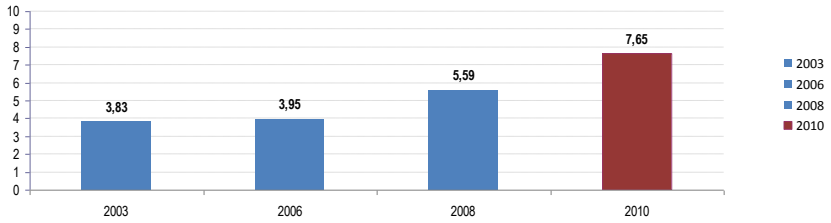
- Valoración en conjunto de la asistencia que recibió durante su hospitalización:



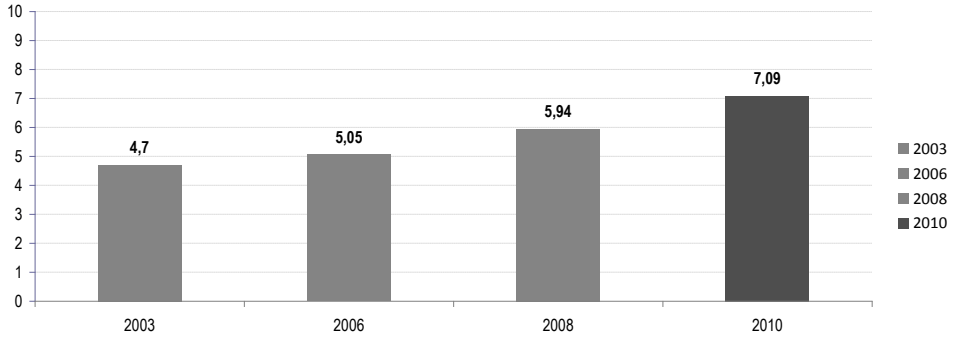
Es muy destacable la tendencia seguida por el índice de satisfacción de las personas de la Organización, que pasa de una media de 3,83 en el año 2003 a un 7,65 en el 2010. Esta mejoría también se puede ver en dimensiones como el ambiente laboral, que pasa de una media de 4,7 en el año 2003 a 7,09 en el 2010, o la evaluación del liderazgo del equipo de Dirección que

pasa de 6,81 en 2007 a 7,09 en el 2011. Estos resultados tienen una relación causa-efecto directa de la estrategia del HGU, como el impulso de la participación, la comunicación interna o la formación.

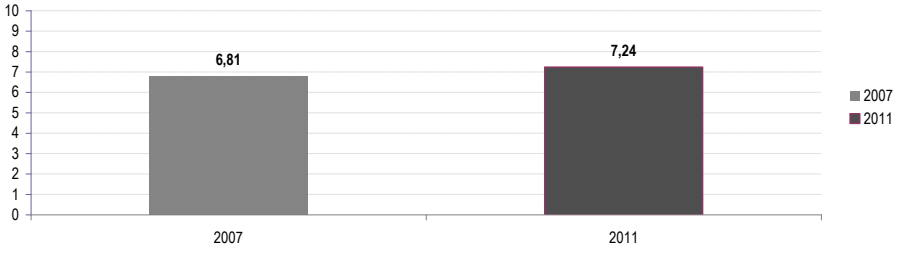
- Satisfacción de las personas



- Ambiente laboral



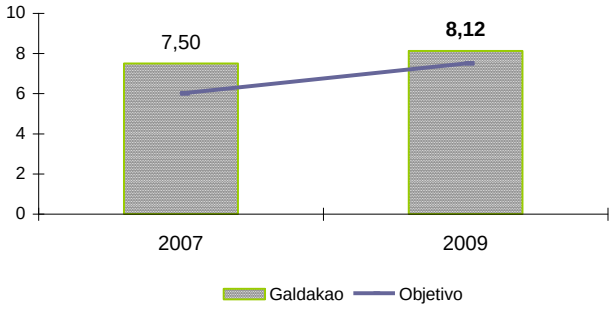
- Evaluación del liderazgo del Equipo Directivo



- El HGU no es ajeno al impacto que puede generar en su entorno, y en línea con su política de RSC analiza los resultados y mide el grado de satisfacción que tiene

la sociedad con respecto a la organización. Así preguntamos a los ayuntamientos de nuestro entorno por la labor del HGU, y también experimenta una mejora significativa pasando de 7,5 en el 2007 a un 8,12 en el 2009.

- Encuesta a Ayuntamientos



- El equilibrio económico es uno de los resultados clave para nosotros. El objetivo que se ha marcado es no tener en ningún caso una desviación negativa superior al 0,5% del presupuesto de gasto, este objetivo se ha cumplido todos los años.
- Por otro lado el coste/peso GRD, indicador que nos mide la eficiencia de nuestro hospital, tiene marcado como objetivo, y lo cumple todos los años, estar por debajo del precio que nos marca el Contrato Programa, y es el más bajo de todos los Hospitales Generales de Osakidetza.
- Nuestro Modelo de gestión ha sido reconocido en múltiples ocasiones, lo que supone un estimulo continuo para todos los procesiones del centro.
-
- Conclusiones
- El Modelo de Excelencia EFQM es una herramienta válida para poder hacer frente con éxito a los retos que tenemos en el sector sanitario porque:
- Mejora los resultados
- Favorece la implicación de las personas y estimula el liderazgo

- Impulsa una cultura organizativa implicada con la mejora, la gestión del cambio y la evaluación de sus resultados
- Permite incorporar elementos avanzados en gestión: innovación y creatividad
- Permite incorporar los conceptos inherentes a la RSC a la Estrategia de la organización

El Proceso Asistencial Integrado: la mejor evidencia en la ruta del paciente. Evaluación y mejora continua a lo largo de una década.

Javier Terol Fernández. *Director del Distrito Sanitario de Atención Primaria del Valle de Guadalhorce.*

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía fue pionera en el desarrollo de políticas integrales de calidad en el conjunto del sistema sanitario. Fruto de ello fue el I Plan de Calidad de 2000 que tuvo continuación cuatro años más tarde a través del II Plan De Calidad.

El I Plan de Calidad de la Consejería de Salud se vertebró a través de dos aspectos fundamentales: Calidad y Profesionales y se sustentó en un conjunto amplio de iniciativas de mejora y la puesta en marcha de los diferentes Planes de Salud.

El II Plan continuó y consolidó las políticas de calidad ya iniciadas, enfocando sus actuaciones en 5 grandes procesos estratégicos:

- Asumir las necesidades y expectativas de ciudadanos y ciudadanas.
- Garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios.
- Garantizar la calidad de las políticas públicas.
- Gestionar el conocimiento.
- Impulsar la innovación y modernización del Sistema.

La evaluación del II Plan de Calidad realizado por SADECA, identifica oportunidades de mejora para consolidar los avances realizados a través del II Plan y abre las puertas a introducir iniciativas que se consideren idóneas para continuar avanzando en el enfoque integral de mejora continua en el sistema.

En este sentido, la Evaluación de las grandes estrategias de la Consejería de salud (II Plan de Calidad, III Plan Andaluz de Salud) han sido punto de partida obligado incluir las innovaciones en el Plan de Calidad y que se han estructurado en 5 escenarios:

- La CIUDADANIA
- El ESPACIO compartido
- La ORGANIZACIÓN
- Los PROFESIONALES
- El CONOCIMIENTO.

Los elementos fundamentales de la política de calidad de SSPA incluidas en las innovaciones al Plan de Calidad lo han sido en dos vertientes:

A.- Arquitectura organizativa

Se entiende por tal la estructura formal de la organización derivada de la asignación de derechos de decisión y autoridad.

En este terreno se propone revisar los siguientes aspectos:

- Los modelos de gestión desarrollados en el SSPA en los últimos años: empresas públicas, CHAREs,…
- El Modelo de Área Integrada, y de forma especial la organización de los recursos humanos dentro de ella.
- Otras innovaciones organizativas desarrolladas en el ámbito de la prestación de servicios: Cirugía Mayor Ambulatoria, Telemedicina, unidad de corta estancia,…

B.- Rutinas organizativas:

Se entiende por tal los procedimientos de gestión, tanto formales como informales que determinan como se trabaja, como se asignan recursos, como se toman las decisiones y como se mide el rendimiento.

En este sentido incluyen los siguientes aspectos:

- Modelo actual de Gestión clínica, con la integración de las actividades de acto único, así como la implantación de los procesos asistenciales integrados
- Los sistemas establecidos de mejora continua de la calidad.

- Las iniciativas destinadas a garantizar la seguridad de los pacientes.
- El uso de las tecnologías sanitarias.
- Los sistemas de organización de citas y consultas.
- Las alternativas existentes para la mejora de la coordinación asistencial
- La integración de las actividades relacionadas con la salud pública en los servicios asistenciales.
- Accesibilidad de los servicios.
- Los sistemas de información.
- Los procesos de evolución y rendición de cuentas

Procesos Asistenciales

El modelo de gestión por procesos asistenciales su diseño e implantación, han sido en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) una herramienta que ha vehiculizado las mejoras diseñadas en los Planes de calidad,

La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados como modelo organizativo que venimos desarrollando desde hace más de 10 años, mantiene una concepción de la organización sanitaria más horizontal y flexible, con un abordaje integral de los problemas de salud y la cooperación de los profesionales desde los diferentes ámbitos de actuación, la continuidad asistencial y el impulso de una cultura de mejora continua ha propiciado también la incorporación y desarrollo de la gestión clínica, la gestión por competencias y el modelo de acreditación de centros y profesionales, elementos establecidos en el Plan de Calidad como herramientas fundamentales para garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios. (Gestión por Procesos, la Gestión Clínica y el Modelo de Gestión por Competencias)

Las modernas estrategias de calidad han demostrado, que para mejorar continuamente la calidad de los

servicios o productos finales de una organización, es necesario incidir en la mejora continua de todos los elementos que la configuran: las personas, los recursos, los modelos organizativos, etc. En nuestra Comunidad Autónoma este enfoque, junto a la experiencia acumulada del trabajo realizado en los últimos 10 años, justifica el abordaje y desarrollo de la estrategia de actualización de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI).

Los PAI nacieron, entre otros motivos, de la necesidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada, de garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo, de lograr que las ciudadanas y los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.

En este momento, un nuevo impulso para poner en valor el conocimiento acumulado en estos años, y con un nuevo enfoque, de nuevo centrado en las personas, los profesionales, hombres y mujeres de nuestra Organización Sanitaria Publica los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

Principios básicos que deben sustentan el modelo de atención sanitaria basada en la gestión por procesos desde la perspectiva del Plan de Calidad del SSPA.

1. Potenciación y desarrollo de la Gestión Clínica (GC).

2. Orientar las acciones para garantizar el acceso a los recursos sanitarios en igualdad de oportunidades, integrando la dimensión de género en los Procesos Asistenciales Integrados.

3. La consideración de la PERSONA (ciudadano o ciudadana, paciente, usuaria o usuario) como sujeto activo de su proceso de atención y recuperación, con necesidades específicas e individuales, con derechos y deberes legalmente establecidos.

4. La PERSONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA,

5. El enfoque de RECUPERACIÓN del proyecto vital de la persona, y su

incorporación social, sobre todo cuando abordamos procesos patológicos de larga duración o con elementos de discapacidad o pérdida de autonomía.

6. La CONTINUIDAD ASISTENCIAL,

7. Las COMPETENCIAS ESPECÍFICAS,

8. La EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA,

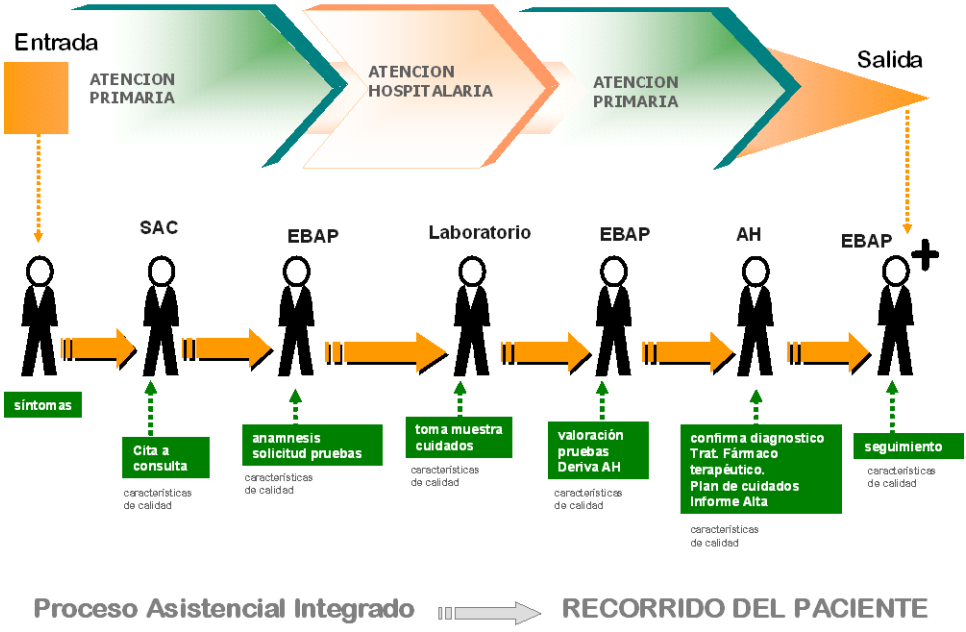
9. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) actuales y

futuras.

10. La modernización e innovación de la Gestión por Procesos

Asistenciales Integrados (GPAI),

En la actualización de los PAI, toda la actividad del Proceso Asistencial Integrado se organizara, describirá y realizara siguiendo el recorrido que realiza el paciente:



Así mismo, se han identificado una serie de dimensiones imprescindibles que se deben incluir en las actualizaciones de los procesos existente y en el diseño de los nuevos:

- La Persona
- Evidencia Científica
- Seguridad del paciente
- Uso racional de medicamentos
- Integración de los cuidados enfermeros orientados a la obtención de resultados.
- La evaluación y construcción de indicadores,
- Competencias especificas del PAI,
- El modelo de Estructura para los PAI.

Sesión Plenaria 5

Mejores Experiencias del Congreso.

Historia Clínica Electrónica Única por Paciente en Osakidetza, las palabras conmueven, pero el ejemplo arrastra.

Sánchez Bernal, Rafael (1); Bárez Hernández, Enrique (2); Ogueta Lana, Mikel (3); Madrid Conde, Maite (4); Collia Posada, Ana María (5); Deza Carrillo, Juan Luis (6)

(1) Director Médico del Hospital Universitario de Álava - Txagorritxu (2) Subdirector Médico del Hospital Universitario de Álava - Txagorritxu (3) Subdirector de Calidad de Osakidetza (4) Médico de la Subdirección de Calidad de Osakidetza (5) Directora de Consumo del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (6) Secretario de la Dirección Médica del Hospital Universitario de Álava - Txagorritxu

1. Introducción:

En el Hospital Universitario de Álava - Txagorritxu creemos que la tecnología debe contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente, su propio bienestar y el de su familia, y además debe facilitarle a los clínicos la toma de decisiones sobre cada paciente y/ó ciudadano, disponiendo de la información relevante necesaria de forma inmediata en el momento oportuno en que la necesita.

Osabide Global queríamos que representase un entorno clínico de nueva generación, demandado por los clínicos, que no quieren navegar por numerosas pantallas ni saltar entre aplicaciones distintas, sino que desean un acceso ágil, con visión unificada del paciente, y que les permita disponer y registrar toda la información de interés clínico relativa a los pacientes en las diferentes áreas de actividad: hospitalización convencional y a domicilio, hospital de día médico y quirúrgico, consultas externas ambulatorias y urgencias, así como quirófanos y pruebas complementarias.

Además, los avances en tecnologías de la información son vitales para los avances en la organización de los servicios, y poder afrontar con garantías de éxito los nuevos descubrimientos de la medicina y las biociencias.

2. Objetivos generales y específicos:

Hemos establecido 6 Objetivos Generales:

4.1. Disponer de una Aplicación Informática única que satisfaga las necesidades de todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial sanitario en todos los niveles, enmarcándose dentro del entorno clínico, y que permita eliminar las barreras organizativas existentes entre la atención primaria y la especializada.

4.2. Encontrar toda la información necesaria en tiempo real, para todos los profesionales clínicos a un solo "clic" de ratón, integrando todos los sistemas de información de Osakidetza, el Departamento de Sanidad, y los centros concertados; aportando valor añadido a la información, y estructurando y seleccionando la información más relevante de forma proactiva por el propio usuario en cada momento.

4.3. Contribuir a afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

4.4. Habilitar mecanismos no presenciales de relación con el paciente y/ó su familia (videoconferencia por Web-cam, e-mail, telefónica, etc.).

4.5. Posibilitar al paciente acceder a la información clínica objetiva contenida en su Historia Clínica a través de su propia carpeta de salud.

4.6. Garantizar la seguridad de los datos de cada paciente, de acuerdo a las previsiones del artículo 9 de la LOPDCP (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal de 15 de Diciembre de 1999), y a la Ley 41/2002 de autonomía del paciente

Y para conseguir estos 6 objetivos generales, nos hemos planteado 28 Objetivos Específicos cuyos resultados veremos más adelante.

3. METODOLOGÍA

Identificación de los problemas y propuesta de soluciones: Técnicas del grupo nominal y el Brainstorming ó tormenta de ideas. Priorización y selección de problemas y las soluciones: Técnicas grupales como la selección ponderada y las matrices de prioridades y criterios, y técnicas no grupales como el Delphi en algunas partes de la Historia Clínica Electrónica, para recoger la opinión de expertos en rondas de contestación a cuestionarios previos escritos. Análisis causal nos hemos decantado unas veces por el diagrama de Pareto y otras por el diagrama causa-efecto, y como Herramientas de organización y actuación hemos realizado diagramas de Gantt para el cronograma, hojas de recogidas de datos para los formularios, y diagramas de flujo para la representación gráfica de procesos.

Se ha diseñado, desarrollado, pilotado e implementado una Aplicación Informática Corporativa, llamada Osabide Global, que sustituye ya en parte, y sustituirá a todas las Aplicaciones existentes hasta ahora, retirando lo que se hacía en papel por un soporte electrónico, y que será extensible a otras Organizaciones sanitarias, con una metodología reproducible y que está prevista esta extensión al 100% de los centros de Osakidetza.

El diseño de la Aplicación lo hemos hecho un grupo multidisciplinar de profesionales que incluye médicos (469), enfermeras y auxiliares de enfermería (1.178), farmacéuticos, (10) biólogos (1), fisioterapeutas (9), matronas (2), ópticos (1), terapeutas ocupacionales (1), monitores(3), trabajadores sociales (12), administrativos (4)y profesionales de la gestión sanitaria (6) de forma consensuada, y el desarrollo ha sido

realizado por excelentes informáticos, habiendo participado solo en el proceso completo de diseño de la mejora un total de 302 personas de Atención Primaria, y de 1.696 de Atención Especializada.

El Modelo utilizado en el Hospital Universitario de Álava - Txagorritxu para su diseño e implementación ha sido el Modelo Referente, de forma que a instancias de la Dirección del Hospital, cada Servicio del Hospital ha nombrado un Referente de la Historia Clínica Electrónica Única, que es la persona con la que el líder del proyecto en Txagorritxu se relaciona de forma permanente, siendo a su vez el referente para el resto de profesionales de la plantilla de cada Servicio ó Unidad, quienes en conjunto nos han enviado > de 4.500 correos electrónicos, habiendo sido contestados todos.

Se han creado definiciones comunes y funcionalidades esenciales para los sistemas de ayuda, se han hecho coincidir los formularios existentes en la Aplicación Informática con los del formulario de uso habitual por los profesionales, se ha hecho un esfuerzo considerable para conseguir la fiabilidad de las bases de datos, y se ha elaborado un Manual con Consejos Prácticos para el manejo de Osabide Global, que está permanentemente actualizado y personalizado para cada uno de los cientos de usuarios, existiendo una notificación previa por correo electrónico individualizado a cada profesional de cada modificación, mejora y nueva versión que se implanta.

Para su implantación, cada profesional conocía con 2 meses de antelación el día y la hora de su formación personalizada, que ha sido impartida por el Director Médico del Hospital Universitario de Álava – Txagorritxu en sesiones de 2 horas en horario de trabajo de cada profesional, el mismo día de empezar con pacientes reales para que no se olvide dicha formación y en el turno laboral de cada profesional, incluidas guardias en los médicos y turnos de noche en las enfermeras, siendo

personalizada a demanda de los usuarios todos los días laborables y algunos festivos desde su inicio.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

Osabide Global ha dado respuesta a los 28 objetivos específicos planteados, y así:

1. Se ha conseguido una herramienta fácil de utilizar, sencilla, intuitiva, visualmente atractiva y amigable, ergonómicamente cuidada que se adapta a cada clínico, se puede modificar y adaptar, y de un solo vistazo se obtiene la información clínica más relevante.
2. El % de profesionales satisfechos con la Historia Clínica Electrónica: Osabide Global es del 92%.
3. Se ha creado una pantalla única del clínico, donde al empezar a trabajar, puede hacer un seguimiento personalizado de pacientes, se reciben hallazgos inesperados de resultados de pruebas complementarias de pacientes, acceso a biblioteca de Osakidetza, bases de datos, guías de práctica clínica, noticias, actividad del día, cuadros de mandos, videoconferencia con otros profesionales, con los pacientes y está preparada para interaccionar con las redes sociales.
4. Toda la información clínica está centrada en el paciente, lo que permite visualizar de cada paciente en una sola pantalla toda la información, consultada en tiempo real y en diferentes formatos (gráfico, resumido, detallado, etc.),

   y no solo del Hospital Universitario de Álava - Txagorritxu, sino de los otros 19 hospitales y 308 ambulatorios y centros de salud de Osakidetza.
5. Se conoce el motivo de consulta, ingreso ó urgencia de cada paciente en cada nivel y modalidad asistencial (Primaria, Especializada, Consultas Externas,

Hospitalización, Hospitalización a Domicilio, Bloque Quirúrgico, Urgencias y Pruebas Complementarias).

6. Se dispone de un sistema de alertas dinámicas y variables específicas asociadas al paciente, (Alergias, embarazo, insuficiencia renal y hepática, anticoagulación, portador de dispositivos, en tratamiento por quimioterapia ó radioterapia, riesgo de fuga, etc.).
7. Se conocen los antecedentes familiares y personales de cada paciente, así como los diagnósticos previos de todas las atenciones recibidas, codificadas al 100% y a tiempo real.
8. Se conoce el tratamiento farmacológico actualizado de cada paciente (se han realizado 143 Protocolos de Tratamientos intra e interservicios intrahospitalarios) tanto en Primaria como en Especializada, y en breve conoceremos el historial fármaco terapéutico electrónico único, así el resto de tratamientos individualizados (Dieta, Oxigenoterapia, CPAP, Curas, etc.):
9. Se ha creado un evolutivo electrónico único por paciente, que es un libro electrónico, un e-book, , siendo muy innovadores en este sentido, y que recogerá todos los evolutivos de los 19 hospitales y 308 ambulatorios y centros de salud.
10. Se visualizan a un solo "clic" de ratón todas las últimas actividades que se le han hecho a un paciente (Analítica, Radiología, Anatomía Patológica, Procedimientos, ECG, etc.), forma de acceder a esta parte de la Historia Clínica valorada de forma muy positiva por el 100% de los médicos, pues hemos bajado de una media de 6 clic, a 1 solo clic para visualizar cada una de las pruebas complementarias.
11. Existe un sistema ayuda en la toma de decisiones clínicas basadas en el consenso de las Guías de Práctica Clínica, MBE (Medicina Basada en la Evidencia), etc.
12. Se permite citar y pedir todas las pruebas diagnósticas complementarias, tanto a pacientes

ingresados como ambulatorios y en Urgencias, se facilita la realización de interconsultas tanto presenciales como no presenciales, y se favorece la continuidad de cuidados y la elaboración de planes de cuidados estandarizados conectado con el programa Zaineri, que es la Aplicación corporativa de Osakidetza de dichos planes.

13. Dispone de las constantes básicas de cada paciente (presión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación de O2, diuresis, temperatura, hemocultivos, peso, talla, IMC, perímetros abdominal, de cadera y cuello), drenajes, sondas naso gástricas, sueros, y fluidos eliminados, independientemente de donde se hayan registrado alguno de ellos, en primaria, urgencias, hospitalización, consultas externas, hospitalización a domicilio ó el paciente desde su casa.
14. Permite la incorporación de notas subjetivas sobre los pacientes y comunicar tareas pendientes entre los profesionales, que no se quedan registradas en el evolutivo.
15. Se ha creado una historia social, que incluye su trabajador/a social de referencia, datos de vivienda, alojamiento, aspectos formativos-laborales-ocupacionales, situación jurídica, legal, penitenciario, administrativa, valoración de dependencia, etc.,
16. Se ha elaborado un repositorio centralizado de información clínica con formularios clínicos, diccionario de datos clínicos, con visualización de su evolución en el tiempo, integrando los distintos informes ya existentes con anterioridad. existiendo ya 302 médicos usando reconocimiento de voz Speech Magic, habiendo realizado ellos mismos > de 30.000 Informes (lo que ha permitido que el personal administrativo haga tareas que antes hacían las supervisoras de enfermería, como gestión de carteleras, almacenes, etc.) y los Jefes de Servicio como carteleras.

17. Permite la visualización de la información por procesos asistenciales, independientemente del nivel en que se produzca ésta, por Servicio/Unidad, por episodio, etc.
18. Se ha creado el historial dosimétrico de cada paciente, adelantándonos a la directiva de la Unión Europea que obligará dentro de poco a anotar cada prueba de este tipo que se realiza a cada persona desde su nacimiento, y que hemos arrancado con los TAC, con el objetivo de optimizar la prescripción, ya que cuando es necesaria, no se debe dejar de hacer, pero a veces una exploración con radiación ionizante se puede sustituir por otro método de exploración que no entraña riesgos, como una ecografía o una resonancia.
19. Se dispone de un sistema de codificación automático de diagnósticos con utilización de lenguaje natural y conversión automática mediante la CIE 9, que se llama Programa Kodifica, y que supone una iniciativa innovadora de I+D+I, y que permite tener codificado a tiempo real por los médicos el 100% de las atenciones, tanto en consultas, como en urgencias e ingresos hospitalarios y de hospitalización a domicilio.

20. Está garantizada la disponibilidad del sistema en todo momento, a nivel de puesto, local y en red, ya que dispone de modularidad, interoperabilidad con SOA, HL7 y Snomed, configurable y extensible a nivel de dispositivos táctiles e inalámbricos, con acceso y escalabilidad para futuros requerimientos, ubicuidad y databilidad, para garantizar su vigencia a medio y largo plazo, y que permita continuar evolucionando Osabide Global hacia novedades tecnológicas que surjan, y posibilita la incorporación de espacios Web 2.0. ó superiores en el propio entorno de trabajo.
21. Garantiza la trazabilidad y permite conocer que profesionales han accedido a la Historia Clínica de cada paciente en cada momento, desde que lugar ó

IP, a que parte de la Historia Clínica ha accedido, cuantos segundos o minutos ha estado, si le ha dado a imprimir a algún resultado, etc.

22. Se ha reducido el papel en el hospital lógicamente, el movimiento de historias clínicas (-96 % en las Unidades donde ya está implantado completamente Osabide Global), y se ha ahorrado plástico, contaminantes y dinero con la radiología digital: (Gasto Año 2009: 204.691 € Gasto Año 2010: 85.205 €, es decir, un ahorro real de 119.486 € /Año para un hospital de 500 camas).
23. Ha mejorado la seguridad clínica, disminuyendo el nº de intervenciones/incidencias farmacéuticas utilizando el programa Isofar ®, se ha pasado de 1129 en Noviembre 2008-09, a 766 en Noviembre 2009-10, lo que representa un descenso del 67,84%. Se ha pasado de un 64,5% de órdenes médicas incompletas de Noviembre 2008-09, a un 8,8 en Noviembre 2009-10, lo que supone 7,32 veces menos. Además han disminuido de un 94,2% a un 74,1% las intervenciones realizadas con impacto sobre la seguridad, y han aumentado de un 6% a un 22,6% las intervenciones con impacto sobre la eficacia del tratamiento.

5. CONCLUSIONES

Osabide Global ha logrado cumplir todos los objetivos generales y específicos que nos habíamos propuesto, y además está facilitando la implicación y el compromiso de los profesionales clínicos del H. Txagorritxu con la política y la estrategia del propio hospital, de Osakidetza y del Departamento de Sanidad, ya que es imprescindible para varios de los proyectos estratégicos con los que afrontar con mayores garantías de éxito el reto de la cronicidad en Euskadi.

Osabide Global, la Historia Clínica Electrónica Única de Osakidetza, es el soporte donde se visualizará la estratificación de riesgos en el enfoque poblacional,

permitirá crear una red de pacientes activados y conectados, posibilitará una continuidad de cuidados del paciente para una atención clínica integrada, nos permitirá conocer los pacientes susceptibles de ser enviados a un hospital de subagudos, avanzar en las competencias avanzadas de enfermería, disponer de la información para mejorar la colaboración sociosanitaria, sentar las bases de una financiación y contratación en el Contrato Programa, interaccionar con el Centro multicanal OSAREAN, implantar la receta electrónica, ayudar en la investigación de la cronicidad y desde luego, facilitar la innovación desde los profesionales clínicos.

14 Proyectos Estratégicos para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi

La metodología ha resultado adecuada, la Aplicación es muy innovadora, y como ya se ha demostrado en las más de 400.000 registros electrónicos realizados en las nuevas Historias Clínicas electrónicas, Osabide Global mejora y facilita la práctica clínica diaria, los sistemas de información, favorece la

continuidad de cuidados y la relación entre niveles asistenciales, mejora la seguridad clínica y reduce los eventos adversos. Además contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, mejora la docencia y favorece e impulsa la investigación.

Todos sabemos que aunque la salud no tiene precio, Osabide Global sí tiene un coste, pero estamos convencidos que no es un gasto, sino una inversión, que es coste efectiva, que a medio plazo dará beneficios económicos, y además, prestigio y orgullo de pertenencia a Osakidetza, porque Osabide Global, que ya ha mejorado la calidad de vida de los pacientes y familiares de Txagorritxu, y que cuando se extienda al resto del País Vasco, la mejorara en los > de 2,2 millones de ciudadanos vascos y los miles de ciudadanos que son tratados en Osakidetza de otras Comunidades Autónomas.

Mejora de la calidad de la asistencia perioperatoria en cirugía cardíaca.

Herrero Martínez, JA., Jara Rubio, R., López-Picazo Ferrer, J., Gutiérrez García, F., Pujalte Ródenas, V., Tomás García, N. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

El desarrollo de la cirugía cardiaca y del manejo perioperatorio de estos pacientes ha reducido su mortalidad y complicaciones. Detectamos aumento en la incidencia de infecciones de herida quirúrgica (ideal <5%) que nos llevó a realizar un ciclo de mejora. Pretendemos describir este ciclo y el proceso para la atención de estos pacientes diseñado y puesto en marcha como consecuencia.

Creamos un grupo de mejora multidisciplinar que construyó 7 criterios de calidad: infección profunda de herida, mortalidad global, reintervenciones, estancia media (EM), ventilación mecánica prolongada (VMP), desarrollo de insuficiencia renal aguda (IRA) y de ictus isquémico (ACVi). La primera evaluación fue en 2009 y la segunda en 2010, incluyendo ambas la totalidad de pacientes intervenidos. Para asegurar su comparabilidad, se incluyó el valor Euroscore, que estima el riesgo individual ante cirugía cardiaca. Para diseñar la intervención el grupo valoró las evidencias disponibles y su fuerza de recomendación. Las intervenciones finalmente adoptadas incluyeron medidas a todos los niveles: en atención en consulta pre- y postquirúrgicas (anestesia, cirugía cardiovascular, infecciosas, rehabilitación, endocrinología), en quirófano y su entorno (puertas de acceso, personal presente, uso de pijamas, check-list quirúrgico, ordenador, quimioprofilaxis, etc.) y en UCI ("Bacteriemia Cero", dispensadores para el lavado de manos, retirada precoz de cables de marcapasos epicárdicos, etc.). La profunda remodelación y necesidad de coordinación que

implicaron indujeron el diseño del subproceso "Cirugía Cardiaca" enmarcado en el proceso "Bloque Quirúrgico" del Hospital. Para su confección y desarrollo (2011) utilizamos diagramas IDEF0 e IDEF3.

En 2009 se intervino a 327 pacientes, y en 2010 a 324. El Euroscore fue 5,6 en 2009 y 5,2 en 2010, sin diferencias. Hubo mejora significativa en 6 de los 7 criterios: Infección profunda: pasamos del 8,9 al 0,9%, mejora 88%. Reintervención: del 16,5 al 7,6%, mejora 54%. VMP: del 30,9 al 19,9%, mejora 36%. Mortalidad: del 15,9 al 10,4%, mejora 34%. EM: de 7 a 4,7 días, mejora 33%. IRA: del 5,8 al 4,3%, mejora 25%. No mejora ACVi (1,8% ambos años). La misión del subproceso se definió como "proporcionar atención óptima a los pacientes sometidos a cirugía cardiaca". Establecimos su alcance, clientes, necesidades y expectativas, salidas, requisitos, recursos críticos, directrices de calidad, componentes funcionales, subprocesos, actividades e indicadores.

El ciclo, aplicando medidas principalmente organizativas basadas en la evidencia, mejoró de forma franca la calidad de atención a estos pacientes, incluyendo su expectativa de sobrevida y las complicaciones. La eficiencia es mayor, con menor EM y coste por caso, sin incremento en recursos. El diseño e implantación del proceso favorece la consolidación, gestión y seguimiento de las medidas adoptadas, así como la cooperación entre servicios y satisfacción de los profesionales.

Plan de Seguridad de Pacientes del Hospital Universitario Vall d`Hebrón. Planificación, despliegue y resultados.

Anglès R, Martinez J, Romea MS, Ballesta E, Hernández J, De Sancho JL. *Hospital Universitario Vall d'Hebron.*

ANTECEDENTES Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

La seguridad clínica es uno de los elementos básicos para garantizar una asistencia de calidad a nuestros pacientes. Su finalidad es reducir y prevenir los riesgos inherentes a la atención sanitaria, que se traducen en perjuicio o lesiones para los pacientes.

Desde que en 1999 el Instituto de Medicina de los EEUU (IOM) publicó en su informe "*To err is human: building a safer health system*" donde se exponía que entre 44 y 98.000 personas mueren cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de errores que podrían haberse evitado, se evidenció que son necesarias acciones coordinadas para mejorar la seguridad de los pacientes. La incidencia de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en España, estimada en el estudio ENEAS, es del 9,3%, de los que aproximadamente la mitad se podrían haber evitado. Los daños ocasionados a los pacientes y el alto costo que supone, ha conducido a las principales organizaciones nacionales e internacionales a adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan su reducción.

Por otro lado, desde el inicio de la actividad asistencial en los hospitales, las direcciones, los servicios y las unidades han puesto en práctica múltiples sistemas para hacer más segura la práctica clínica, contando con la implicación y el compromiso de todos los profesionales. A lo largo del tiempo se han desarrollado sistemas que, además de facilitar el trabajo, promueven la detección y la prevención de riesgos y de errores, implicando a todos los profesionales del hospital.

La implantación de un Plan de Seguridad de Pacientes (PSP) en el hospital constituye un elemento básico para garantizar una asistencia de calidad. La iniciativa que presentamos es la implementación y consolidación del Plan de Seguridad de Pacientes del Hospital Universitario Vall d'Hebron, que fundamentalmente constituye el reflejo del esfuerzo realizado en nuestro centro, de gran complejidad, para aglutinar todas las propuestas encaminadas a la mejora de la seguridad de los pacientes y conseguir una correcta y coherente alineación de las directrices de seguridad.

AMBITO DE APLICACIÓN

El Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH), con 7.178 profesionales, es uno de los complejos hospitalarios mayores de España. Está integrado por cuatro grandes áreas: Área General, Área Materno-infantil, Área de Traumatología y Rehabilitación y la Unidad de Cirugía sin Ingreso. También desarrolla sus actividades en los CAP del territorio de referencia. La población de referencia del HUVH es de 411.227 habitantes, para lo que dispone de 1027 camas convencionales y 195 camas de críticos y reanimación, 45 quirófanos convencionales y 66 puntos de atención de de hospital de día. La actividad diaria incluye 175 altas, 196 intervenciones quirúrgicas, 632 urgencias, 3534 consultas externas y 289 sesiones en hospital de día. La elevada complejidad que supone nuestra organización ha generado una especial preocupación por establecer mejoras en la seguridad de nuestros pacientes.

OBJETIVO

El objetivo principal es potenciar la mejora de la seguridad de los pacientes en el HUVH como elemento básico para garantizar una asistencia de calidad mediante la planificación, implantación y monitorización de un Plan de Seguridad de Pacientes.

METODOS

La estrategia consistió en analizar la situación de partida, establecer un conjunto de objetivos operativos y líneas de actuación para la consolidación del Plan de Seguridad de Pacientes y implementar un sistema de evaluación de resultados.

Las líneas desplegadas han sido:

1. Creación de un marco común que permita una dinámica de sinergias entre las diferentes iniciativas de seguridad, que incluya tanto las generadas por el propio centro, como las propuestas desde organismos sanitarios (Departament de Salut, Ministerio de Sanidad, Organización Mundial de la Salud). Alineando estas iniciativas con los acuerdos de gestión y dirección por objetivos, así como con los estándares de acreditación.

2. Implementación de un plan de difusión de la cultura de seguridad. Promover el cambio cultural como elemento imprescindible en el que sustentar el desarrollo de las iniciativas concretas sobre seguridad de pacientes, concienciando y formando a directivos y profesionales en el enfoque sistémico del error, las medidas de prevención de riesgos y las herramientas necesarias para una correcta gestión de la Seguridad de Pacientes en nuestro centro.

3. Consolidación de un cuadro de mando de indicadores de Seguridad de Pacientes, generando mecanismos que permitan cuantificar la situación de nuestro centro en cuanto a seguridad de pacientes para poder definir de forma más precisa los ámbitos de mejora a implementar.

4. Implantación de un sistema de notificación y de gestión de acontecimientos adversos que integre todos los sistemas existentes y permita ampliar la notificación

a cualquier acontecimiento adverso que se produzca en el hospital, favoreciendo la organización de un sistema de gestión del riesgo común que abarque todo el hospital y proporcione un tratamiento homogéneo.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PARTIDA

La seguridad de pacientes abarca aspectos muy diversos que incluyen distintas disciplinas, diferentes especialidades y ámbitos de actuación. En nuestro Hospital, de forma similar a lo que ha ocurrido en otros centros, coexistían múltiples iniciativas particulares que se habían ido desarrollando con la finalidad de la mejora de la seguridad, proyectos nacionales e internacionales algunos de ellos liderados por profesionales de nuestro Hospital -como pueden ser la prevención y control de las infecciones, la prevención de los errores de los medicamentos o el seguimiento de los efectos adversos, etc.-

Además nuestro Hospital participa en iniciativas externas de seguridad provenientes de la OMS y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, iniciativas del Departament de Salut como los proyectos de "l'Aliança per a la Seguretat de Pacients de Catalunya" e iniciativas para la mejora de la seguridad de pacientes que proponen los distintos organismos como el sistema de acreditación de los centros sanitarios de atención aguda, del Servei Catala de la Salut (CatSalut), así como las del Grupo Corporativo ICS, todo ello además junto con estrategias internas priorizadas por el hospital.

La coexistencia de una gran cantidad de iniciativas individuales, como la que se producía en nuestro centro, conlleva el riesgo de que en algunos casos se produzcan situaciones en alguna medida contradictorias. Por todo ello en nuestro centro se consideró fundamental establecer un eje vertebrador para conseguir que todos los proyectos fueran coherentes entre si y favorecieran

las sinergias entre los mismos proyectos y entre los profesionales que los llevan a cabo.

RESULTADOS ALCANZADOS E IMPACTO SOBRE LA MEJORA DE LA SEGURIDAD

1. CREACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UNA ESTRUCTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES INTEGRADORA Y PARTICIPATIVA, QUE ACTUE DE MARCO COMUN

Se han integrado iniciativas de Seguridad de Pacientes propias del centro con las propuestas de organismos sanitarios. El elemento central es la Comisión de la Seguridad de Pacientes formada por directivos, profesionales, responsables de proyectos de seguridad y ámbitos fundamentales de la seguridad de paciente como la infección nosocomial, farmacia, farmacovigilancia, anestesia, etc.

Las funciones de la comisión de seguridad es asesorar al Comité de Dirección en aspectos como:

- Impulsar y hacer el seguimiento del Plan de Seguridad de los pacientes del HUVH
- Aglutinar las iniciativas desarrolladas HUVH relacionadas con seguridad de pacientes así como las propuestas por el Departamento de Salud, CatSalut, y las del Grupo Corporativo ICS, integrándolas en las iniciativas internas del propio Hospital.
- Promover y evaluar el nivel de cultura de Seguridad de Pacientes entre los profesionales del HUVH.
- Potenciar la detección, análisis y prevención de acontecimientos adversos.
- Velar por el cumplimiento de los objetivos de seguridad propuestos
- Realizar propuestas de líneas estratégicas y objetivos de seguridad en el Hospital.

Se ha definido un profesional Referente de seguridad a nivel de centro que, entre otras funciones, coordina y da soporte a los responsables de proyectos de Seguridad de Pacientes que se desarrollan en nuestro centro, así como a otros referentes de seguridad de áreas específicas.

A nivel de servicios estamos potenciando la creación de Núcleos de seguridad en los servicios, constituidos por dos profesionales (médico y de enfermería), con la finalidad de actuar como dinamizadores de cuestiones de seguridad de pacientes en los servicios.

A nivel de la Dirección del Centro, en las Herramientas de gestión del centro, con la finalidad de impulsar las iniciativas de seguridad, se han integrado éstas en incentivos de productividad variable, acuerdos de gestión entre la dirección y los servicios o unidades, acuerdos de gestión entre dirección corporativa y los centros sanitarios, contrato programa del Catsalut.

2. PLAN DE DIFUSIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:

Se ha utilizado la Intranet para difundir noticias y propuestas de mejora derivadas del análisis de incidentes relacionados con la seguridad. También se ha realizado la difusión del boletín monográfico bimensual para la difusión de proyectos e iniciativas relacionadas con seguridad de pacientes, como por ejemplo la implantación del sistema de notificación, o los resultados de los proyectos, etc.

FORMACIÓN:

BÁSICA:

- Formación online de seguridad de pacientes (vinculada al proyecto SiNASP: 4 créditos). Realizada por 536 profesionales en nuestro centro
- Se han realizado sesiones en servicios participantes en proyectos de seguridad sobre conceptos básicos de seguridad de pacientes: Unidades de Cuidados Intensivos, Urgencias, Área quirúrgica, Radioterapia, Farmacología clínica, etc.
- Revista electrónica: "Qualitat Informa": Boletín enviado a todos los profesionales y accesible desde la Intranet del Hospital
- Formación a todos los residentes de nueva incorporación como parte del programa común (156 médicos. Cuatro sesiones)
- Formación a enfermería de nueva incorporación como parte del "Plan de acogida"

ESPECÍFICA:

- Formación en Seguridad del Medicamentos.
- Formación en Bacteriemia-zero de los profesionales de las áreas de críticos del HUVH.
- Formación en Higiene de manos: 4.859 profesionales han hecho formación online, además de las sesiones presenciales en servicios específicos.
- Formación online en prevención de infección por catéter periférico: 1285 profesionales
- Programa de caídas: 1.468 profesionales han realizado la formación online correspondiente a este proyecto.

INTERMEDIA:

- Formación en metodología de la seguridad de pacientes (10 horas): Curso de CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA. Metodología para la mejora de la Seguridad de Pacientes (ACR, AMFE): 4 ediciones (2009-2010). Contenido: Metodología para la mejora de la seguridad de los pacientes, complementado con talleres prácticos de aplicación de dos de las herramientas más utilizadas para el análisis de riesgos: AMFE y Análisis causa-raíz. Dirigida a referentes de seguridad en los servicios, responsables de proyectos de seguridad, miembros de la comisión de seguridad con la finalidad de conseguir capacitar a los asistentes en la aplicación de las mismas en sus áreas de influencia.
- Formación de un grupo de profesionales de enfermería en Seguridad de Pacientes, para disponer de personal capacitado para la aplicación de herramientas de seguridad en nuestro entorno.
- Curso online de gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente, organizado por el Departamento de salud. Se ha inscrito 15 profesionales de nuestro centro en el curso, distribuidos en tres grupos para realizar un proyecto de mejora de la seguridad de paciente en cada una de ellas. Las áreas escogidas son quirófano, urgencias y UCI.

3. SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE INDICADORES – CUADRO DE MANDO DE SEGURIDAD

Para poder cuantificar la situación de nuestro centro en cuanto a seguridad de pacientes y detectar posibles áreas de mejora se ha creado un cuadro de mando con un conjunto de indicadores de este ámbito. Dichos indicadores cuantifican entre otras cuestiones la mortalidad, readmisiones, complicaciones, indicadores de relacionados con la actividad quirúrgica, de urgencias y de críticos, infección nosocomial, notificación de caídas, evaluación del dolor, lesiones por presión, identificación de pacientes, errores de medicación,

programa de farmacovigilancia, errores transfusionales e indicadores derivados de la aplicación de los distintos proyectos de seguridad implantados, como por ejemplo indicadores del proyecto higiene de manos, de la prevención de la infección relacionada con la cirugía de colon, etc. En la actualidad disponemos de 85 indicadores aunque pretendemos ampliar este número de forma progresiva para que permita obtener un plano de la situación en aspectos de seguridad de pacientes en el HUVH.

Una de las actividades que hemos realizado es la definición y unificación de los descriptores de los indicadores utilizados, puesto que convivían distintos indicadores que correspondían a un mismo concepto pero con distinta formulación, debido a que procedían de distintas iniciativas.

Se ha diseñado el circuito de cumplimentación de los indicadores y de transmisión de la información que permite estabilizar el cuadro de mando. Se realiza la revisión de los indicadores y su comparación con el estándar y las propuestas de mejora en el caso de ser necesarias. La comisión de seguridad es la encargada de revisar los resultados de los indicadores y de avalar las propuestas de mejora que se planteen.

4. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS - UNIDAD FUNCIONAL DE SEGURIDAD DE PACIENTES (UFSP)

Los sistemas de notificación de acontecimientos adversos constituyen una fuente de conocimiento a partir de la cual se pueden generar las medidas de mejora encaminadas a reducir su incidencia o sus consecuencias, y así conseguir un cambio de paradigma: abordar la seguridad de forma global y como valor en positivo, en una nueva cultura que valore el hecho de aprender de los error para mejorar nuestros sistemas de trabajo.

En el HUVH coexistían diferentes sistemas de notificación: sistema de notificación de errores de medicación, de notificación de caídas, de notificación de errores transfusionales, programa de farmacovigilancia, registro de acontecimientos adversos en radioterapia externa, recogida de acontecimientos adversos en las UCI (bacteriemia zero), etc. Resultaba necesario disponer de un sistema genérico del centro que permitiera ampliar la posibilidad de notificación a cualquier tipo acontecimiento adverso que se produzca y a la vez permita la organización de un sistema de gestión del riesgo que abarque todo el hospital. Para ello se decidió la adhesión e implantación de sistema de notificación propuesto por el Ministerio de Sanidad (SiNASP). Además nos propusimos facilitar el trasvase de información entre los distintos sistemas de notificación más activos (entre los responsables), pudiendo disponer de un sistema centralizado donde se recojan todos los incidentes relacionados con la seguridad notificados en el centro.

Para gestionar el sistema de notificación se creó la Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes (UFSP), de estructura multidisciplinar y un número reducido de componentes, para asegurar su funcionalidad y facilitar el tratamiento confidencial de los datos. Esta UFSP actualmente está compuesta por cuatro miembros provenientes de la Dirección de Procesos y Calidad (uno de los cuales es la Referente de seguridad), de la Dirección Enfermería y del Servicio de Farmacia y además son los responsables de los principales sistemas de notificación activos en el HUVH.

La tarea de esta unidad funcional es centralizar y dinamizar la relación de un conjunto de acciones que permitan la gestión de riesgos sanitarios. Las funciones específicas se concretan en:

- Evaluar y contabilizar todos los acontecimientos adversos producidos en nuestro centro, así como las acciones de mejora propuestas.
- Asegurar la correcta gestión de los acontecimientos adversos, distribuyendo el análisis de los acontecimientos adversos en los profesionales más indicados, haciendo uso preferentemente de aquellas estructuras con experiencia para hacerlo, más implicadas en el caso a analizar y con capacidad de llevar a cabo las propuestas de mejora que se deriven.
- Actualmente esta desarrollando un protocolo de actuación ante un incidente relacionado con la seguridad del paciente y la creación de una unidad de soporte a la segunda víctima.

La UFSP reporta de forma sistemática a la Comisión de Seguridad, así como a aquellos órganos directivos que lo soliciten.

PROYECTOS CURSO 2011-2012

Para proseguir la dinámica de mejora continua de la Seguridad de Pacientes en nuestro centro los nuevos retos planteados para el curso 2011-2012 son:

- La incorporación progresiva de los centros de atención primaria de nuestra área de referencia en los proyectos de seguridad.
- Evaluar aspectos de cultura y de percepción de seguridad en profesionales y pacientes para poder realizar políticas de seguridad congruentes en toda el área de referencia.
- Implantar un sistema de tutores del sistema de notificación en el ámbito quirúrgico
- Establecer referentes de enfermería en las unidades para temas de cuidados de pacientes
- Elaboración de un procedimiento de información a los pacientes y/o familiares de los incidentes relacionados con la seguridad

DISCUSIÓN

La implantación de iniciativas para la mejora de la seguridad de pacientes aisladas constituyen una buena medida para nuestros pacientes, sin embargo la coincidencia de múltiples iniciativas provenientes de distintos ámbitos requiere un esfuerzo de coordinación que proporcione un eje vertebrador coherente con las medidas implementadas. La estrategia desarrollada ha permitido coordinar y potenciar sinergias entre iniciativas de diferentes ámbitos y proporcionar la oportunidad de generar un cambio de paradigma para conseguir la consolidación de una verdadera mejora de la seguridad de nuestros pacientes.

La estrategia que desarrollamos en el HUVH creemos que puede ser una solución aplicable a centros de volumen y complejidad similar al nuestro, en los que la coordinación entre distintas áreas, servicios y estamentos está más comprometida, lo que supone un punto vulnerable que puede perturbar la seguridad del paciente.

Desarrollo de una red de Centros y Unidades de Prácticas Seguras.

Pérez-Pérez P, Vázquez M, Santana V, Pacheco ME, Rodríguez I. *Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.*

Justificación:

Sabemos bien dónde estamos cuando hablamos de seguridad del paciente. Cómo llegar a reducir al mínimo aceptable los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y buscar en los alrededores dónde se encuentran las mejores soluciones, se perfilan como las líneas de acción prioritarias del Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP).

Objetivos del proyecto

Objetivo general

- Desarrollar de una red de centros y unidades que compartan información a tiempo real sobre las prácticas seguras implantadas y los mejores modos para lograrlas.

Objetivos específicos

- Promover la participación de centros y unidades en alguna de las iniciativas de prácticas seguras incluidas en la web del OSP.
- Identificar líderes en seguridad en los distintos centros y unidades.
- Facilitar la autoevaluación de los centros y unidades en prácticas seguras y evaluar el cumplimiento de las recomendaciones aportadas.
- Distinguir a los centros y unidades que obtengan una evaluación positiva.
- Estimular la difusión de las acciones de mejora realizadas y sus resultados.

- Integrar toda la información disponible sobre seguridad del paciente en la página web del OSP, poniéndola a disposición de todos los centros y unidades de la Red.

Metodología

El ámbito inicial de aplicación de la Red son los centros y unidades del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), aunque este proyecto se encuentra abierto a cualquier centro o unidad fuera de la comunidad autonómica andaluza.

Para lograr los objetivos, el OSP diseñó siete aplicaciones en entorno web. De estas aplicaciones, cuatro facilitan la evaluación de cada centro o unidad en la consecución e implantación de prácticas seguras (mejora de la higiene de las manos, prácticas seguras en cirugía, uso seguro de medicamentos y Bacteriemia Zero), dos de ellas permiten la identificación y análisis de puntos críticos y el establecimiento de áreas de mejora (sistema de gestión de incidentes y procesos libres de riesgo -análisis modal de fallos y efectos-) y la última permite valorar el grado de desarrollo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

Para medir el nivel de desarrollo del proyecto se utilizaron las siguientes variables: número de centros/unidades dadas de alta en cada aplicación; estado de situación (autoevaluación, evaluación por parte del Observatorio, distintivo otorgado) para cada práctica segura y para la evaluación de la Estrategia; nivel de utilización del sistema de gestión de incidentes y del AMFE.

El periodo de estudio considerado fue enero 2010-mayo 2011.

Las aplicaciones más destacadas, así como las herramientas que se pueden encontrar en ellas, se describen a continuación:

Mejora de la higiene de las manos: Iniciativa Manos seguras

Esta iniciativa se pone a disposición de los centros y unidades como una herramienta para la autoevaluación y reconocimiento de las mejoras en el cumplimiento de las recomendaciones para la higiene de las manos, conteniendo además, las siguientes herramientas:

- Cuestionarios sobre el conocimiento y percepción de la higiene de las manos (permite la explotación interna de los resultados por parte de los centros y unidades)
- Cuestionario de autoevaluación sobre nivel de mejora en la higiene de las manos de la OMS.
- Videojuego sobre 5 momentos para la mejora de la higiene de las manos.

Prácticas seguras en cirugía: Iniciativa Cirugía segura

Iniciativa que permite evaluar la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS. A través de este sitio se ponen a disposición de los centros listados de verificación quirúrgica para cirugía mayor, cirugía pediátrica, cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor (especialmente en atención primaria) y se recogen otras listas de comprobación elaboradas por los centros para diversos procedimientos: odontología, pruebas funcionales… ("efecto checklist").

Uso seguro de medicamentos

Iniciativa que recoge información y permite la autoevaluación sobre siete buenas prácticas en el uso de la medicación, priorizadas y elaboradas por el grupo de trabajo del uso seguro de medicamentos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía: conciliación de la medicación, manejo de medicación alto riesgo, prescripción electrónica asistida (criterios de estandarización), prescripción no electrónica (criterios de seguridad), registro de la medicación administrada (identificación del paciente y del medicamento), planes de acogida (programa docente USM) y medicamentos con nombres o apariencia similar.

Bacteriemia Zero

Actuaciones de soporte al programa Bacteriemia Zero, puesto en marcha por la Agencia de Calidad Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, para la prevención de las infecciones relacionadas con los catéteres centrales en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Sistema de gestión de incidentes de seguridad

Herramienta para la gestión del ciclo de vida del incidente de seguridad y la difusión de las áreas de mejora entre los centros y unidades de la Red. Se ha pasado de un sistema de notificación de incidentes, centrado en la comunicación del suceso, a un sistema de gestión interna de incidentes –notificación, análisis, áreas de mejora, seguimiento, difusión de mejoras-.

El sistema puede configurarse a nivel local según las necesidades de cada centro o unidad. En la actualidad comparte la información con sistemas de notificación específicos del área del medicamento (Instituto para el Uso Seguro de la Medicación y el Centro Andaluz de Farmacovigilancia) y está preparado para compartir en el futuro con el Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI).

Procesos libres de riesgo

Herramienta WEB que permite la realización del Análisis Modales de Fallos y Efectos (AMFE), un método proactivo y sistemático de evaluación de procesos que permite identificar dónde y cómo podrían fallar tales procesos y valorar el impacto relativo de los diferentes fallos, a fin de identificar aquellas partes que más necesitan cambiarse.

Estrategia para la Seguridad del Paciente

Aplicación que permite la autoevaluación del nivel de desarrollo de los principales objetivos de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA.

Resultados

La Red está integrada actualmente por 86 centros y 489 unidades del SSPA que trabajan en prácticas seguras, 485 pertenecen al ámbito de la atención primaria, 70 al ámbito hospitalario y 20 a emergencias.

Los resultados por iniciativa se presentan a continuación:

- En Manos seguras existen 377 centros dados de alta, 52,8% en periodo de autoevaluación, 23,1% en evaluación y 24,1% con la iniciativa implantada.
- En Cirugía segura participan 45 centros y unidades.
- Para el Uso seguro de la medicación, 5 centros se han dado de alta en la aplicación, encontrándose todos en estado de autoevaluación.
- En el proyecto Bacteriemia zero, 26 unidades de cuidados intensivos han conseguido el certificado de reconocimiento por la consecución de los objetivos.
- En el Sistema de gestión de incidentes, se hallan 223 centros y unidades dadas de alta y 46,2%de ellos han realizado alguna notificación.
- Destacar que 26 centros han analizado algún proceso mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos.
- Para la evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía, 241 centros y unidades se han dado de alta en la aplicación, el 59,8% está en periodo de autoevaluación y el 40,2% con la evaluación finalizada.

Otros resultados destacados se enumeran a continuación:

- Se han identificado más de 800 líderes de seguridad, profesionales responsables en los centros para las distintas iniciativas.
- 4.700 profesionales han realizado los cuestionarios sobre conocimientos y percepción de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la higiene de las manos.
- 281 centros y unidades han cumplimentado el cuestionario de autoevaluación sobre el nivel de mejora de la higiene de las manos.
- 25.000 visitas al videojuego sobre los 5 momentos para la mejora de la higiene de las manos en el primer mes tras su lanzamiento.
- 700 incidentes han sido notificados por profesionales y 169 por ciudadanos, de las cuales 126 han sido compartidos con los sistemas de notificación específicos del área del medicamento.

Señalar que la red está abierta al ámbito nacional e internacional, y que ya participan en alguna de las aplicaciones, 19 hospitales de titularidad privada, 14 hospitales del Sistema Nacional de Salud y 2 hospitales de países latinoamericanos.

Discusión

Gracias al desarrollo de las aplicaciones y las herramientas de evaluación, 575 centros y unidades han podido determinar la situación en que se encuentran con referencia a las prácticas seguras. Además han permitido identificar los puntos fuertes de cada organización que han ayudado al desarrollo de las buenas prácticas y los puntos críticos sobre los que es más prioritario realizar acciones de mejora.

El análisis realizado por cada centro puede ayudar a otros centros a fin de indicarles cuál es el mejor camino a seguir para lograr los propósitos e identificarles las soluciones que han resultado efectivas para ponerlas en práctica en sus centros.

Esta es la base de la red de centros, aprender de los mejores. Para ello, y por medio del Mapa de la red de centros y unidades, se pueden visualizar cuáles son los centros y unidades dados de alta en las distintas aplicaciones, su estado de situación para cada iniciativa y las acciones de mejora y evidencias positivas desarrolladas.

Este mapa muestra la posición geográfica de los centros adheridos a las distintas iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente, recopilando diariamente información de las aplicaciones del Observatorio y haciendo uso del servicio de geolocalización de Google Maps. Para que sea más fácil encontrar un centro determinado, se ha dotado al mapa de un campo de búsqueda por texto y una estructura en árbol interactiva. Usando estas funciones, se pueden ocultar o mostrar subconjuntos de centros, realizando un filtrado

por iniciativa, ámbito de atención (primaria, hospitalaria y emergencias) o provincia. Los diferentes iconos en el mapa ayudan a distinguir los distintos tipos de centros y resaltan aquellos centros mentores cuyo cumplimiento de estándares puede servir como ejemplo a otros centros.

El próximo paso es estimular la difusión de las acciones de mejora y evidencias positivas a través de la red. Desde esta perspectiva la red propicia un entorno de trabajo colaborativo, permitiendo compartir soluciones para la seguridad del paciente en momentos de restricción económica.

En la actualidad todas las aplicaciones e instrumentos del Observatorio están en abierto y a disposición de todos los centros y unidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) que lo deseen, así como a los centros del ámbito de la sanidad privada y de fuera de nuestro sistema sanitario.

La aplicabilidad en cualquier ámbito y sistema de salud y la accesibilidad a las distintas iniciativas han permitido que el Observatorio pueda firmar acuerdos de colaboración con la Superintendencia de Salud de la República de Chile y con la Dirección General de Salud de Portugal y que pueda formar parte de la red de nodos puesta en marcha por el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, con el objetivo de implantar y compartir buenas prácticas que mejoren la seguridad de los pacientes.

La idea final es que cada solución aportada y cada acción de mejora desarrollada en cualquier lugar, pueda ayudar a otros a proporcionar una atención sanitaria más segura. Cada uno cuenta.

AGRADECIMIENTOS

Las Sociedades Española y Murciana de Calidad Asistencial, desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes Instituciones y Empresas:

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

Gobierno de España
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

MSD

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Boehringer Ingelheim

GRÜNENTHAL

Colegio Oficial de Enfermería Región de Murcia

NOVARTIS

Pfizer

janssen
Johnson & Johnson

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

AMGEN
20 AÑOS
Amgen SA 1990-2010

Almirall
Soluciones pensando en ti

AENOR

Datix
Software for patient safety

XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

VIII CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

MURCIA
04 / 07 OCTUBRE 2011

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

LIBRO DE COMUNICACIONES ORALES /

www.calidadasistencial.es
www.somuca.es

INDICE

SESIÓN COMUNICACIONES I **026**

CERTIFICACIÓN I **SALA 1/ C001- C009**

C001 BENEFICIOS OBTENIDOS TRAS LA IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL SGC DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL DR MOLINER. **027**

C002 IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ASOCIACIONES DE PACIENTES SEGÚN EL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LA CV. **029**

C003 MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA Y CUADRO DE MANDO INTEGRAL: ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS EN UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD. **031**

C004 EL MODELO DE ACREDITACIÓN (MA) EN EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) DE UNA COMUNIDAD: OPORTUNIDAD DE MEJORA. **033**

C005 AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA 2. **035**

C006 LOS PROFESIONALES DEFINEN Y ELIGEN CUÁL ES LA MISIÓN, LA VISIÓN Y LOS VALORES DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. **037**

C007 PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA SIGUIENDO EL MODELO EFQM. **039**

C008 PRESENCIA DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS EN LA WEB SOCIAL. **041**

C009 CONSOLIDACIÓN DEL MODELO EFQM EN CAPIO HOSPITAL TRES CULTURAS DE TOLEDO. COMPATIBILIZACIÓN CON CERTIFICACIÓN EN ISO 9001. **043**

SESIÓN COMUNICACIONES I **045**

PROCESOS/C. FORMAL **SALA 2/ C010- C018**

C010 DIFICULTAD DE COMPILAR LAS PUBLICACIONES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EVALUADOS POR UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA. **046**

C011 AUTOEVALUACION DE PROCESOS ASISTENCIALES: PATOLOGIA ESOFAGICA. **048**

C012 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALARIOS. **050**

C013 INDICADORES GENÉRICOS PREDEFINIDOS COMUNES DE EVALUACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS-VÍAS CLÍNICAS: PROPUESTA TEÓRICO-PRÁCTICA. **052**

C014 ANÁLISIS DE LAS ACLARACIONES SOLICITADAS A LOS ENSAYOS CLÍNICOS, POR UN COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA. **054**

C015 ABORDANDO LOS OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA: MÁS ALTO, MÁS CLARO, ¿MÁS FÁCIL?. **056**

C016 IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN URGENTE EN EL INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD. **058**

C017 ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO (2007-2010) PRE- Y POST-IMPLANTACIÓN DE SU TRAYECTORIA-VÍA CLÍNICA. **060**

C018 PROGRAMA DE MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA EN GALICIA. **062**

SESIÓN COMUNICACIONES I **064**

EFECTIVIDAD/EFICIENCIA SALA 3/ C019- C027

C019 REGISTRO DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GENERAL. APRENDER DE NUESTROS ERRORES. **065**

C020 HABLANDO EN PROSA SIN SABERLO: APLICACIÓN DEL PDCA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA. **067**

C021 ESTUDIO DE EFICIENCIA ANALÍTICA Y CALIDAD EN EL LABORATORIO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGUNDA EXTRACCIÓN. **069**

C022 ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MATERIAL FUNGIBLE PARA LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. **071**

C023 ACTIVIDAD UROLÓGICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. **073**

C024 HIERRO INTRAVENOSO COMO MEDIDA DE REDUCCIÓN DE EXPOSICIÓN A SANGRE ALOGÉNICA EN RELACIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. **075**

C025 CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. ¿HABLAMOS DE NÚMEROS?. **077**

C026 VARIABILIDAD INTERHOSPITALARIA EN LA APLICACIÓN DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES EPOC Y ACIDOSIS RESPIRATORIA. **079**

C027 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN TEMPRANA EN MARRUECOS UTILIZANDO ESTÁNDARES INTERNACIONALES. **081**

SESIÓN COMUNICACIONES I **083**

PROCESOS **SALA 4/ C028- C036**

C028 IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN CENTROS DE SALUD MENTAL. **084**

C029 DISEÑO E IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL: CATETER DE DIALISIS PERITONEAL. **086**

C030 GESTIÓN POR PROCESOS EN EL ÁREA V DE SALUD "UTOPÍA O REALIDAD". **088**

C031 ACTUACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN ANTE UNA DESVIACIÓN DE TEMPERATURA EN UN ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS. **090**

C032 PROCESO ESTRATÉGICO DE COORDINACIÓN DE LA SEGURIDAD GLOBAL HOSPITALARIA: COMITÉ DE SEGURIDAD, SUBPROCESOS E INDICADORES. **092**

C033 REVISIÓN, DIFUSIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL COMO INSTRUMENTO EN SEGURIDAD CLÍNICA. **094**

C034 MEJORAS EN LA GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA RÁPIDA PARA EL CCR. **096**

C035 ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS DEL HOSPITAL. **098**

C036 INGRESO MISMO DÍA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. **100**

SESIÓN COMUNICACIONES I **102**

SEGURIDAD I **SALA CLARES/ C037- C045**

C037 ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST EN EL PROCESO DEL INGRESO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. **103**

C038 EL DESAFÍO DE APRENDER DE LOS ERRORES. **105**

C039 RADIOGRAFÍA DE LOS EVENTOS ADVERSOS: APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD CLÍNICA. **107**

C040 INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS POSTQUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. **109**

C041 LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE RECLAMACIONES: ¿CUÁNTO VALE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO?. **111**

C042 PROYECTO BACTERMIA ZERO. ANALISIS DE RESULTADOS A 2 AÑOS DE SU INICIO. **113**

C043 EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA APARICIÓN DE INCIDENTES CRITICOS (IC) ASOCIADOS A ANESTESIA. **115**

C044 DESARROLLANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD (SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES). **117**

C045 GESTIÓN DE RIESGOS: SINASP, UN NUEVO CAMINO. **119**

SESIÓN COMUNICACIONES I **121**

CUIDADOS/DOLOR **SALA YEPES/ C046- C054**

C046 AHORA SÉ CUANTO TE DUELE. **122**

C047 LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA UNICA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA Y REDUCE LAS DEMORAS EN EL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO. **124**

C048 EL DOLOR COMO QUINTA CONSTANTE; UN RETO CONSEGUIDO EN LOS HOSPITALES DEL SERGAS. **126**

C049 PILOTAGE DEL PROCESO ENFERMERO,"CONOCER EL METODO PARA AYUDAR A CUIDAR". **128**

C050 DEPARTAMENTO SIN DOLOR. **130**

C051 DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN EN U.C.I.: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. **132**

C052 ¿ES TRATADO EL DOLOR DEL PACIENTE CON LOS PRIMEROS ESCALONES ANALGÉSICOS ANTES DE SER ENVIADO A LA UNIDAD DEL DOLOR?. **134**

C053 CICLO DE MEJORA EN LA HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS. **136**

C054 EVALUACION Y MEJORA DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES. **138**

SESIÓN COMUNICACIONES II **140**

CERTIFICACIÓN II **SALA 1/ C055- C066**

C055 RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORA 2010 CON ISO 9001:2008 EN LA UNIDAD DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA. **141**

C056 INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA SEGÚN ESTÁNDAR PAS 99:2006. **143**

C057 ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. **145**

C058 UNIDAD DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN CALIDAD. **147**

C059 EVALUACIÓN DE PROCESOS EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: ¿BUENO, BONITO Y BARATO?. **149**

C060 LA LACTANCIA NATURA, ES POSIBLE. REACREDITACION IHAN. **151**

C061 DISEÑO, ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) EN UNA COMUNIDAD. **153**

C062 CERTIFICACIÓN DE ISO 9001:2008 ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA, PARTO Y PUERPERIO EN EL DEPART. DE SALUD DE LA RIBERA. **155**

C063 HACIA EL ÁREA AMIGOS DE LOS NIÑOS, UN PASO AL FRENTE DE UNA FORMA DIVERTIDA. **157**

C064 ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS EN CASTILLA Y LEÓN: MODELO ACREVAL **158**

C065 PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES, HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL Y LA MEJORA CONTINUA. **160**

C066 DESPLIEGUE DE OBJETIVOS LIGADO A LA INCENTIVACIÓN SIGUIENDO EL MODELO EFQM. **162**

SESIÓN COMUNICACIONES II **164**

SEGURIDAD II **SALA 2/ C068- C077**

C068 ANÁLISIS DE ERRORES MÉDICOS RECONOCIDOS POR TRES PROMOCIONES DE RESIDENTES DE UNA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR. **165**

C069 CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN FORMULARIO DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS (2006-2010) **167**

C070 ANÁLISIS DE UN CASO CENTINELA CON RESULTADO DE ÉXITUS. **169**

C071 #SEGPACFHC. ABRIENDO LAS PUERTAS DEL AUDITORIO. **171**

C072 DESARROLLO DE UNIDADES FUNCIONALES (UF) DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES(SP) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP). **173**

C073 ALERTA A LA LLEGADA DE PACIENTES COLONIZADOS POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES. **175**

C074 NOTIFICACIÓN WEB EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER EN ATENCIÓN PRIMARIA **177**

C075 SEGURIDAD DEL PACIENTE. CAÍDAS EN MEDIO HOSPITALARIO. **179**

C076 RESULTADOS DE UN MÉTODO DE DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS APLICADO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD. **181**

C077 MANO A MANO, IMPACTO DE UNA INTERVENCION CONJUNTA. **183**

SESIÓN COMUNICACIONES II **185**

GESTIÓN I **SALA 3/ C078- C089**

C078 ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIAS. PLAN DE ACTUACIÓN. **186**

C079 LOS ESTUDIOS DE SUEÑO EN DOMICILIO CON TELEMEDICINA REDUCEN LA DEMORA Y AUMENTAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES. **188**

C080 IMPACTO DE UNA ESCUELA PERMANENTE DE CIRUGÍA MENOR COMO ACCIÓN FORMATIVA CON SOLO DOS ALUMNOS POR EDICIÓN **190**

C081 GESTIÓN INFORMATIZADA DEL RIESGO CLÍNICO: RESULTADOS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO. **192**

C082 PROYECTO CASTELLBOU: VALORES PROPIOS Y BLOG DE COHESIÓN CULTURAL ENTRE DOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD. **194**

C083 APLICACION WEB PARA LA GESTION INTEGRAL DE LA CALIDAD. **196**

C084 CUANDO NO BASTA CON LAS BUENAS INTENCIONES: EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL RECONOCIMIENTO A LAS PERSONAS. **198**

C085 DESPLIEGUE DEL PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA DESINFECCIÓN Y LA ESTERILIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA CCAA. **200**

C086 NUEVA ESTRUCTURA: UNA OPORTUNIDAD PARA NORMALIZAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. **203**

C087 INTENTANDO MEJORAR LA GESTIÓN DE COMISIONES CLÍNICAS Y GRUPOS DE TRABAJO. **205**

C088 NORMALIZACIÓN DE CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE METAS EN LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD. **207**

C089 METODOLOGÍA PARA ELABORAR POR CONSENSO GUÍA DE RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA EN CENTROS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. **209**

SESIÓN COMUNICACIONES II **211**

CALIDAD PERCIBIDA I **SALA 4/ C090- C101**

C090 MIRADA CUALITATIVA DE LA OPINIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA ACERCA DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS. **212**

C091 CONOCIMIENTO QUE SOBRE LA HTA TIENEN LOS PACIENTES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LA ÑORA. **214**

C092 EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN ÁREA QUIRÚRGICA AMBULATORIA. **216**

C093 ESTUDIO SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. **218**

C094 METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA DETECTAR LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO. **220**

C095 ME QUIERO CAMBIAR DE MÉDICO DE FAMILIA. ¿PORQUÉ?. **222**

C096 LAS ENCUESTAS EN LÍNEA: MEDIR LA SATISFACCIÓN EN USUARIOS DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA CON INTERNAMIENTO. **224**

C097 CONSENTIMIENTO INFORMADO, ¿DEFENSA O INFORMACIÓN?. **226**

C098 INFLUENCIA DE LA EDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN RELACIÓN A SU SATISFACCIÓN LABORAL. **228**

C099 SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL COMEDOR LABORAL HOSPITALARIO: ENCUESTA PRE Y POST, Y ACCIONES DE MEJORA. **230**

C100 ESTUDIO PILOTO OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO SOBRE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES EN ENSAYOS CLÍNICOS. **232**

C101 INFORMACIÓN AL USUARIO. ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS. SERVICIO DE REHABILITACIÓN. **234**

SESIÓN COMUNICACIONES II **236**

EVALUACIÓN I **SALA CLARES/C102 - C113**

C102 APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN RÁPIDA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. **237**

C103 EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DEL CMBD PARA IDENTIFICAR COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS. **239**

C104 USO DEL CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA EL CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE. **241**

C105 DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL RIESGO Y PREVENCIÓN DE E. T. V. **243**

C106 MEJORANDO LA ACOGIDA DE NUESTROS PACIENTES. **245**

C107 SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA TRAS ALTA HOSPITALARIA EN LOS RECIÉN NACIDOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO. **247**

C108 MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE FAV. **249**

C109 PROTOCOLO DE RESULTADOS DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS. ANÁLISIS DE SU CUMPLIMENTACIÓN. **251**

C110 ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIFÚNGICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. **253**

C111 INDICADOR SINTÉTICO DE PRODUCCIÓN CIENTÍFICA. **255**

C112 AVANZANDO HACIA UNA MEJOR ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. **257**

C113 UN NUEVO CICLO DE MEJORA DE CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: AVANZANDO EN LA FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN. **259**

SESIÓN COMUNICACIONES II **261**

CIUDADOS **SALA YEPES/C114 - C125**

C114 FORMULACIÓN DE INDICADORES: VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON RADIODERMITIS. **262**

C116 ENSEÑAR A CUIDAR: ESCUELA DE PADRES. **264**

C117 INTENTANDO PROFUNDIZAR EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS. **266**

C118 EDUCACIÓN SANITARIA DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PROCESOS CRÓNICOS. RESULTADOS DE EFECTIVIDAD. **268**

C119 IMPLANTACIÓN DE LA ESCALA NRS 2002 PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL, EN PACIENTES QUIRÚRGICOS. **270**

C120 PAPEL DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DE PACIENTES CON BAJO CUMPLIMIENTO EN EL TRATAMIENTO CON CPAP. **272**

C121 RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA PARA PACIENTES Y FAMILIARES DEL ÁREA 1 MURCIA-OESTE. **274**

C122 ¿UTILIZAMOS DE FORMA SEGURA LOS VASOS DE NEBULIZACIÓN?. **276**

C123 EVALUACION Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE LA GRAFICA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. **278**

C124 INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UN HOSPITAL DE AREA. **280**

C125 ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR UN MÓDULO DE CUIDADOS INFORMATIZADO PARA EL REGISTRO DE PLANES DE CUIDADOS. **282**

SESIÓN COMUNICACIONES III **284**

TECNOLOGÍA **SALA 1/C126 - C135**

C126 DISEÑO DE INTERVENCIONES EN 3D PARA LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA. **285**

C127 NO SIEMPRE TODOS LOS PACIENTES UROLÓGICOS CRÓNICOS MAYORES DE 65 AÑOS QUIEREN UN SEGUIMIENTO MEDIANTE TELEASISTENCIA. **287**

C128 LAS TIC: UNA HERRAMIENTA DE MEJORA DEL REGISTRO DEL SUPERVISOR DE GUARDIA. **289**

C129 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. **291**

C130 WWW.HGUCR.ES, UNA WEB PARA TODOS. **293**

C131 DEL PAPEL AL BYTE. HISTORIA DE UN ÉXITO. **295**

C132 TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES (TICS) EN LA EDUCACIÓN E INFORMACIÓN DE USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD (CS). **297**

C133 NUESTRA VISIÓN ACTUAL DE SELENE: ¿ESTAMOS BUSCANDO LA LUNA EN UN POZO?. **299**

C134 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS. **301**

C135 DOCUMENTACION CLINICA: ¿PARA QUÉ LA QUIEREN NUESTROS PACIENTES?. **303**

SESIÓN COMUNICACIONES III **305**

EVALUACIÓN II **SALA 2/C136 - C147**

C136 AUMENTAR LA CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL DE DIA, UN COMPROMISO CON NUESTRA SOCIEDAD. **306**

C137 CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS. **308**

C138 AUDITORÍA CLÍNICA REGIONAL EN PACIENTES CON EPOC EXACERBADA. **310**

C139 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL: PROYECTO ICARO. **312**

C140 CALIDAD DE VIDA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES A TRAVÉS DE UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE MARCHA Y ALIMENTACIÓN. **314**

C141 PROGRAMA DE VALORACIÓN DE RIESGO SOCIAL AL INGRESO. **316**

C142 LA MEJORA DE LA CODIFICACION EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA EL CONOCIMIENTO COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD. **318**

C143 RADIOLOGÍA DE URGENCIAS: ¿IRRADIAMOS INNECESARIAMENTE?. **320**

C144 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL. **322**

C145 CICLO DE MEJORA DE LA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN TRAUMATISMOS DE EXTREMIDAD INFERIOR NO INGRESADOS. **324**

C146 MEJORAR EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS, ES AVANZAR HACIA LA CALIDAD. **326**

C147 IMPACTO DEL PROYECTO BRISA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. **328**

SESIÓN COMUNICACIONES III **330**

MEDICAMENTO-ACCESIBILIDAD SALA 3/C148 - C157

C148 ANÁLISIS E INTERVENCIÓN SOBRE LA ACCESIBILIDAD EN LA CITA WEB DE ATENCIÓN PRIMARIA. **331**

C149 MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A PACIENTES RESPIRATORIOS CRÓNICOS CON OXÍGENO DOMICILIARIO. **333**

C150 AGENDA BIEN GESTIONADA = SATISFACIÓN DEL PACIENTE = MI SATISFACCIÓN. **335**

C151 SEGURIDAD EN LOS FÁRMACOS EN URGENCIAS. NUESTRA EXPERIENCIA. URGENCIAS HOSPITAL DONOSTIA. **337**

C152 EVALUACION Y MEJORA DE LOS RESULTADOS EN LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE CIRUGIA MAYOR EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA. **339**

C153 PLAN DE ACCESIBILIDAD. **341**

C154 AGENDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: NORMALIZACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS DE CITAS. **343**

C155 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN ELECTRÓNICA INTEGRAL DE TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN ONCOLOGÍA. **345**

C156 ADECUACIÓN DEL USO DE TRANSPORTE SANITARIO. GESTIÓN DE TRASLADOS PROGRAMADOS DE PACIENTES A OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. **347**

C157 COLABORACIÓN ENTRE MÉDICOS Y FARMACEUTICOS EN EL SEGUIMIENTO DE DISLIPEMIAS: SATISFACCIÓN DE MÉDICOS Y PACIENTES. **349**

SESIÓN COMUNICACIONES III **351**

CALIDAD PERCIBIDA II **SALA 4/C158 - C168**

C158 SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE UNA CONSULTA DE VIAJEROS INTERNACIONALES DE UN HOSPITAL GENERAL. **352**

C159 UNIDAD CARDIOLÓGICA DE ALTA RESOLUCIÓN: SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS DOS NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS. **354**

C160 MANEJO ADECUADO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿QUÉ MÁS QUIERO SABER?. **356**

C161 DESCANSO NOCTURNO EN HOSPITALIZACIÓN. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INMEDIATA PRE-ALTA: OPORTUNIDADES DE MEJORA. **358**

C162 PERCEPCIÓN DEL USUARIO, UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS. **360**

C163 NIVEL DE SATISFACCIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA POR LAS PUÉRPERAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. **362**

C164 ¿DÓNDE ESTAMOS? DIAGNÓSTICO DE LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO. **364**

C165 VARIABLES DE CALIDAD PERCIBIDA RELACIONADAS CON LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS **366**

C166 SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN EN UN GRUPO SANITARIO, SOCIAL Y EDUCATIVO. **368**

C167 ¿ORGULLOSOS DE PERTENECER A LA EMPRESA?, PUES SÍ; PERO BROMAS… ¡¡LAS JUSTAS!!. **370**

C168 CONOCIMIENTOS SOBRE PROFILAXIS EN EL TRATAMIENTO DE URGENCIAS. MEJORA EN EL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA. **372**

SESIÓN COMUNICACIONES III **374**

CONTINUIDAD **SALA CLARES/C169 - C178**

C169 CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG) EN CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM). **375**

C170 EXPERIENCIAS EN FISIOTERAPIA CON ASPECTOS RELATIVOS A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y EL GRADO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL. **377**

C171 ADECUACIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES SOCIOSANITARIOS: ESTANCIAS EVITABLES, REDUCCIÓN DE COSTES Y COOPERACION ENTRE SISTEMAS. **379**

C172 EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS. LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. **381**

C173 VALIDEZ DE LA LECTURA DE RETINOGRAFÍAS A PACIENTES DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP). **383**

C174 GESTIÓN DE CALIDAD EN UN PROGRAMA RURAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **385**

C175 SOMOS MÁS AMBULATORIOS ¿Y MÁS EFICIENTES? – EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) 2007-2010. **387**

C176 INTEGRACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS EXTERNOS ENTRE CENTROS ASISTENCIALES. **389**

C177 HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA. ENFERMERÍA INTEGRADORA. **391**

C178 ¿DÓNDE SON ATENDIDOS LOS PACIENTES CON DIABETES?. **393**

SESIÓN COMUNICACIONES III **395**

SEGURIDAD III **SALA YEPES/C179 - C189**

C179 ¿HACEMOS ALGO PARA APRENDER DE NUESTROS ERRORES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?. **396**

C180 SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: UN IMPERATIVO. **398**

C181 PROYECTO NEUMONÍA ZERO. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS INICIALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE. **400**

C182 ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA . UN TRABAJO CONJUNTO Y DE FUTURO. **402**

C183 SEGURIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE OPTIMIZACIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ARCHIVO CLÍNICO. **404**

C184 PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO EN UNA UCI POLIVALENTE. **406**

C185 LA COLABORACIÓN CIUDADANA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: “ESTÁ EN TUS MANOS, LÁVATELAS”. **408**

C186 EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO. **410**

C187 DETECCIÓN DE SUCESOS ADVERSOS MEDIANTE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES. MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES. **412**

C188 IMPLANTACIÓNDE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. **414**

C189 PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL COMARCAL. **416**

SESIÓN COMUNICACIONES IV **418**

GESTIÓN II **SALA 1/C190 – C201**

C190 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD A TRAVÉS DEL CUADRO DE MANDO DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD. **419**

C191 REEVALUACIÓN PREOPERATORIA INMEDIATA. **421**

C192 MONITORIZACIÓN DE CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA MAYOR PROGRAMADA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA. **423**

C193 AMBULATORIZACION DEL PROCEDIMIENTO HEMORROIDECTOMIA. ESTUDIO DE RESULTADOS. **425**

C194 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA MULTIHOSPITAL A PARTIR DE UN PROGRAMA DE BUSINESS INTELLIGENCE. **427**

C195 INGRESOS EN UROLOGÍA, URGENCIÓLOGOS O URÓLOGOS. **429**

C196 VIABILIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON DESFIBRILADOR IMPLANTADO. **431**

C197 LA ESTRATEGIA DE LA SOCIEDAD CATALANA DE CALIDAD ASISTENCIAL: CLUB QCAT, LO ESENCIAL ES INVISIBLE A LOS OJOS. **433**

C198 RESPONSABILIDAD SOCIAL: EJE ESTRATEGICO DE SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL. **435**

C199 NUEVAS FORMAS DE COMUNICAR EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA. **437**

C200 GENERANDO REDES: RESPONSABLES DE CALIDAD EN ENFERMERÍA. **439**

C201 ANÁLISIS DE ACTIVIDAD CON LOS SERVICIOS CLÍNICOS COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN Y MEJORA. **441**

SESIÓN COMUNICACIONES IV **443**

SEGURIDAD IV **SALA 2/C202 – C212**

C202 DISTINTIVO MANOS SEGURAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA. **444**

C203 INNOVACIONES EN LA GESTION DEL RIESGO DE LOS PROCESOS QUIRURGICOS. **446**

C204 USO SEGURO DEL POTASIO INTRAVENOSO EN EL HOSPITAL: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA. **448**

C205 SEGURIDAD EXCEPCIONAL EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES. **450**

C206 REDUCCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTER (BRC) A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS DE DIRECCIÓN POR OBJETIVOS (DPO). **452**

C207 SALVAR BARRERAS EN LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO. **454**

C208 ADAPTACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DE MANOS DE LA OMS CON LOS RECURSOS DISPONIBLES EN UN HOSPITAL. **456**

C209 EVITAR EL EXTRAVÍO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS. ANALISIS DE CAUSA RAIZ. **458**

C210 IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST EN EL PROCESO DE ALTA/CAMBIO DE NUEVOS MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA. **460**

C211 IDENTIFICACION INEQUIVOCA DE SOLICITUDES Y DE MUESTRAS BIOLOGICAS. ELABORACION DE UNA INSTRUCCIÓN DE SEGURIDAD. **462**

C212 CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI:PRIMER PASO HACIA LA CALIDAD ASISTENCIAL. **464**

SESIÓN COMUNICACIONES IV **466**

MEDICAMENTOS **SALA 3/C213 – C224**

C213 INDICADORES DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA UNIDAD DE PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS. **467**

C214 GRUPO DE MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL: PROGRAMA DE MEJORAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO. **469**

C215 EVALUACION Y MEJORA DE LA PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. **471**

C216 ANÁLISIS DEL GASTO FARMACÉUTICO COMO OPORTUNIDAD PARA LA MEJORA DE PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS EN NEONATOLOGÍA. **473**

C217 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR LOS MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL. **475**

C218 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES DE CITOSTÁTICOS RECIBIDAS EN FORMATO PAPEL EN EL SERVICIO DE FARMACIA. **477**

C219 DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA GUÍA PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN EL ATENCIÓN PRIMARIA. **479**

C220 ANÁLISIS DE UN PROTOCOLO SOBRE ALERTAS DE MEDICAMENTOS RECIBIDAS EN UN CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS. **481**

C221 CUESTIONARIO DE HAMDY: UNA HERRAMIENTA EFICAZ DIRIGIDA AL CONTROL DEL MAYOR POLIMEDICADO. **483**

C222 PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS. **485**

C223 ANALISIS DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA AL ALTA EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. **487**

C224 MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. **489**

SESIÓN COMUNICACIONES IV **491**

CALIDAD PERCIBIDA III SALA 4/C225 – C236

C225 RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL FRENTE A SU PARTICIPACIÓN EN LA CALIDAD Y SU PERCEPCIÓN DE LA MEJORA. **492**

C226 SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN. **494**

C227 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL QUE TRABAJAN EN DOS TURNOS DE NOCHES FIJAS. **496**

C228 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO SOBRE SU TRATAMIENTO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO. **498**

C229 OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS: IMPLANTACIÓN DE KARDEX®. **500**

C230 ¿QUE PODEMOS HACER POR MEJORAR LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON EPOC?. **502**

C231 EL ESTUDIO DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN UN PROCESO ASISTENCIAL; EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO. **504**

C232 LEY 41-2002 VS LEX ARTIS. **506**

C233 INSATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA HOSPITALIZACIÓN AGUDA: ENCUESTA INMEDIATA PREALTA Y OPORTUNIDADES DE MEJORA. **508**

C234 ¿CONOCEN LOS USUARIOS DEL SISTEMA ARAGONÉS DE SALUD SUS DERECHOS Y DEBERES?. **510**

C235 SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN FISIOTERAPEÚTICA RECIBIDA EN ESCUELA DE ESPALDA. **512**

C236 METODOLOGÍA BARÓMETRO SANITARIO VERSUS METODOLOGÍA ENCUESTAS EMCA DE CALIDAD PERCIBIDA. **514**

SESIÓN COMUNICACIONES IV **516**

EVALUACIÓN III **SALA CLARES/C237 – C248**

C237 INFORMES CLÍNICOS: ACCIONES DE MEJORA PARA ACORTAR TIEMPOS E INCREMENTAR LA CALIDAD. ORIENTACIÓN AL PACIENTE. **517**

C238 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PREPARACIÓN DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS. **519**

C239 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL MANEJO POSTOPERATORIO DEL PACIENTE SOMETIDO A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA PROGRAMADA. **521**

C240 UN BANCO MUY DULCE....MODERNIZANDO LA TRADICIÓN. **523**

C241 INFLUENCIA DEL CONFORT DEL CIRUJANO EN LOS RESULTADOS DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: LA COLECISTECTOMIA. **525**

C242 ¿EL IMPACTO JUSTIFICA LA FORMACIÓN?. "NECESIDAD DE MEDIR RESULTADOS" (UPP). **527**

C243 EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD. **529**

C244 CALIDAD TOTAL DE LAS DETERMINACIONES DE GLUCOSA REALIZADAS A LA CABECERA DEL ENFERMO (POCT) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. **531**

C245 ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGIA. **533**

C246 BALANCE DE 1 AÑO DE SEGUNDA OPINIÓN EN ARAGÓN. **535**

C247 NUEVAS INFRAESTRUCTURAS, NUEVAS OPORTUNIDADES. **537**

C248 INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRIA Y MEDICINA DE FAMILIA: INTERVENCION FORMATIVA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS. **539**

SESIÓN COMUNICACIONES IV **541**

SEGURIDAD V **SALA YEPES/C249 – C258**

C249 IDENTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS SIMPLES EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA. **542**

C250 DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA FOMENTAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A LOS ALUMNOS EN PRÀCTICAS DE PREGRADO. **544**

C251 CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE INTEGRE EL ANÁLISIS/SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA. **546**

C252 INDICADORES DE HIGIENE DE MANOS. EVALUACIÓN A DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN A. ESPECIALIZADA Y PRIMARIA. **548**

C253 IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO SEGURO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS ANTINEOPLASICOS. **550**

C254 COMITÉ DE CALIDAD RADIOLÓGICA:ESTRUCTURA PARA GARANTIZAR CALIDAD ASISTENCIAL,SEGURIDAD CLÍNICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA. **552**

C255 MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSERCIÓN DE CATÉTERES. **554**

C256 ADECUACION DE LOS ACCESOS VENOSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER DE MURCIA. **556**

C257 APRENDIENDO DE LOS EVENTOS ADVERSOS: ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ (ACR) BREVE EN SAC-2. **558**

C258 MANOS LIMPIAS, MANOS SEGURAS ¡ECHA UNA MANO!. **560**

MESA COMUNICACIONES ORALES SELECCIONADAS A PREMIO **562**

SALA YEPES/C259 – C267

C259 FIBRILACIÓN AURICULAR, CADA VEZ MÁS FRECUENTE. REDISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL PARA ACERCARLO A LA ATENCIÓN PRIMARIA. **563**

C260 PROYECTO LIDERA: UN IMPULSO AL LIDERAZGO EN MUTUALIA. **565**

C261 FORO DE INSPIRACION PARA EL APRENDIZAJE, EMPRENDIZAJE E INNOVACIÓN. **567**

C262 PROGRAMA GESTION DE CASOS COMPLEJOS (PGCC): EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD. **569**

C263 EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y EFICIENCIA BASADOS EN LOS ACG EN ATENCIÓN PRIMARIA. **571**

C264 CREATIVIDAD EN EL NUEVO PLAN ESTRATEGICO DEL HOSPITAL. **573**

C265 INNOVACIÓN EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO QUIRÚRGICO: METODOLOGIA LEAN HELTHCARE. **575**

C266 ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS. **577**

C267 CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. **579**

AGRADECIMIENTOS **581**

Sesión de Comunicaciones I

Sala 1

Certificación I

C001 – C009

C001.- BENEFICIOS OBTENIDOS TRAS LA IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL SGC DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL DR MOLINER.

MERINO-PLAZA MJ, CABO-ARNAL V, HABA-ATIENZA J, MARTINEZ-MORENO C, ORTOLÁ-ORTS I, ROMERO-ROMERO C.

HOSPITAL DOCTOR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

Utilizar la calidad como herramienta de gestión -Disminuir el número de rechazos y repeticiones -Alcanzar un mayor nivel de calidad en los servicios ofrecidos -Aumentar la agilidad de respuesta, al optimizar los procesos y racionalizar la distribución de recursos -Reducción de costes -Mayor integración del personal y potenciación del trabajo en equipo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Elaboración del SGC, estructurando la base documental que recoge la información necesaria para la gestión de: *La estructura organizativa *Los procedimientos *Los recursos *Los procesos -Planificación y definición de procesos y PNT´s -Uso de registros -Uso de indicadores -Elaboración de planes de mejora Tras la elaboración e implantación del sistema, se procedió a su certificación, lo que supuso, además de las mejoras antes descritas, el reconocimiento del esfuerzo realizado.

RESULTADOS:

Disminución de errores y de repeticiones innecesarias.

Mayor nivel de calidad en los resultados analíticos entregados.

Mayor agilidad de respuesta.

Reducción de los costes asociados a la “no calidad” a través de la prevención (mejor gestión de almacén, mejora en el mantenimiento de los equipos, realización de un control sistemático de los puntos clave de los procesos…).

Búsqueda constante de áreas de mejora.

Planificación de los cambios, objetivos y metas.

Mayor racionalización en la forma de trabajar, por la mejora en los procesos operativos y de gestión.

Uso de indicadores como herramientas habituales en la gestión de los procesos, lo que permite abordar de forma sistemática y fiable la identificación y resolución de problemas.

Mayor participación, motivación e integración del personal en el equipo de trabajo, con la consiguiente mejora del clima laboral.

Aumento de la autonomía de los miembros del equipo de trabajo, pues ante una incidencia, saben lo que hay que hacer o donde encontrar la información.

Mejora de la comunicación.

Mayor orientación al cliente.

DISCUSIÓN:

El SGC representa la esencia sobre la forma de trabar y es la base para la documentación y la revisión de los procesos. Además, permite una gestión mucho más participativa y es un intangible estratégico, que no figura en el balance, pero que proporciona importantes mejoras en la forma de trabajo. La cuantificación de estos logros se ha hecho mediante el seguimiento de los indicadores definidos en el Cuadro de Mando Integral del laboratorio (han mejorado progresivamente) y mediante las encuestas de satisfacción realizadas a los clientes. Con esta experiencia en el laboratorio se ha aprendido que mediante el trabajo en equipo, la implicación del personal y el cambio cultural que supone la orientación al cliente y la búsqueda de la mejora continua, no solo mejora la calidad de los resultados obtenidos, sino también el clima laboral y la motivación del personal, lo que hace pensar que el uso de indicadores, planes de mejora y registros de incidencias, junto al esfuerzo realizado en la revisión y documentación de los procesos, ha sido rentable.

C002.- IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ASOCIACIONES DE PACIENTES SEGÚN EL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LA CV.

ARASA-GASTALDO ES, SEVILLANO-ROMERO RM, VISCONTI-GIJÓN JV, USERO-RUIZ AN, SAUS-CARRERES AM, RODRÍGUEZ-BENITO VJ.

INACEPS. VALENCIA.

OBJETIVOS:

El objetivo del presente trabajo es presentar el método de desarrollo e implantación de un sistema de gestión de la calidad en asociaciones basado en el modelo de acreditación de la Comunidad Valenciana.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para el desarrollo del sistema de gestión de la calidad de las asociaciones de pacientes, se creó un comité multidisciplinar formado por técnicos en calidad y técnicos de la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Consellería de Sanitat, con el fin de hacer un estudio del modelo de acreditación de la Comunidad Valenciana y ver su implantación en las asociaciones de pacientes. Para ello se revisaron los criterios básicos de los distintos manuales ya desarrollado por el instituto y la Norma GCRP_25.- Norma de Calidad para las Organizaciones de Pacientes. (Gestión de calidad y responsabilidad social). Tras el análisis de los mismos se elaboraron los criterios de evaluación específicos para la acreditación de asociaciones de pacientes que contiene 45 criterios de calidad. Este manual fue validado a su vez por distintas asociaciones que aportaron modificaciones al documento preeliminar, configurando el documento final.

RESULTADOS:

El modelo ha sido pilotado con éxito en varias asociaciones, que ya han sido acreditadas según estos criterios de evaluación, no encontrando ninguna dificultad a la hora de su implantación y verificando que es completamente compatible con otros sistemas de gestión de la calidad ya implantados. Este documento ha sido avalado por la Alianza General de Pacientes (AGP), siendo un instrumento básico para la evaluación de la calidad de las asociaciones de pacientes.

DISCUSIÓN:

La calidad de un sistema sanitario se mide en parte por el grado de participación que tienen los pacientes en él, por lo que resulta lógico que si se establece un modelo autonómico de calidad, este sea aplicado también en las asociaciones de pacientes, modelo por otra parte fácilmente exportable no sólo la Comunidad Valencia, si no a todo el territorio español por su carácter genérico en cuanto a su desarrollo y específico en cuanto a sus objetivos.

C003.- MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA Y CUADRO DE MANDO INTEGRAL: ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS EN UN MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD.

ROMEA-LECUMBERRI S, MARTÍNEZ-PÉREZ J, IGLESIAS-GARCÍA F, ROIGE-SOLE J, ARTIGAS-LAGE M, DE SANCHO-MARTÍN JL.

HOSPITAL VALL D'HEBRÓN. BARCELONA.

OBJETIVOS:

El Modelo de Gestión de Calidad de nuestro centro (hospital terciario de 7100 profesionales, 1027 camas convencionales, 195 camas de críticos y 45 quirófanos) se basa en el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM). En la 3ª autoevaluación realizada en noviembre 2010 se obtuvo 411 puntos. A partir de este resultado, se elaboró el Tercer Plan de Mejora de Calidad (PMQ) para el periodo 2011-2012, que identificó 7 áreas de mejora (AM) y 5 acciones de mejora (aM). Objetivos: 1. Elaborar y desplegar un modelo de gestión integral del PMQ que incorpore las ventajas de las estrategias EFQM y Cuadro de Mando Integral (CMI). 2. Analizar las aportaciones de cada estrategia a nuestro PMQ.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A partir de las AM y aM basadas en los 9 criterios EFQM y la revisión de misión, valores y visión del hospital se desarrolló un Mapa Estratégico. Se alinearon los objetivos estratégicos con las 4 perspectivas del mapa (financiera, clientes, procesos, personas y organización). Se definieron planes de acción e indicadores de seguimiento. Se identificaron responsables de cada elemento. Se utilizó la herramienta Datacycle (ApeSoft©) para desplegar y automatizar el modelo.

RESULTADOS:

Se identificaron 25 objetivos estratégicos de calidad (3 financieros, 5 de clientes, 7 de procesos, 10 de personas y organización), 45 planes de acción y 126 indicadores (60 ponderaban en la consecución de los objetivos y 66 eran informativos). La herramienta ha facilitado el diseño y comunicación del Mapa y estado de los objetivos, la elaboración y distribución del CMI (indicadores y gráficos)

y la gestión y reinformación de los planes de acción y propuestas de mejora por cada responsable a través de una herramienta web. Aportaciones comunes EFQM y CMI: 1. Orientación a conseguir resultados en los objetivos planteados. 2. Orientación a cliente. 3. Enfoque a gestión por procesos. 4. Desarrollo de las personas y mejora organizativa Aportaciones específicas EFQM: 1. Mide de manera estructurada en qué punto se encuentra la organización en el camino a la excelencia. 2. Potencia el benchmarking y la mejora continua a través de la autoevaluación, ayudando a identificar AM y puntos fuertes 3. Explicita la importancia de liderazgo, estrategia, alianzas, innovación y responsabilidad social corporativa. Aportaciones especificas CMI: 1. Establece vínculos causales a través del Mapa Estratégico y objetivos en cascada, explicitando la estrategia y evaluándola a través de indicadores. 2. Ayuda a identificar procesos críticos al operativizar una nueva estrategia. 3. Define prioridades para la mejora de procesos, identificando qué procesos son importantes para el éxito de la estrategia.

DISCUSIÓN:

En el modelo desplegado cada estrategia aporta dimensiones complementarias al PMQ. El CMI establece el marco estratégico y proporciona un enfoque integral y sistemático. El modelo EFQM identifica la situación de la institución en relación a la excelencia, contribuyendo a identificar e impulsar estrategias de mejora continua.

C004.- EL MODELO DE ACREDITACIÓN (MA) EN EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) DE UNA COMUNIDAD: OPORTUNIDAD DE MEJORA.

DAVINS-MIRALLES J, GENS-BARBERA M, PAREJA-ROSSELL C, LOPEZ-VIÑAS ML, GUZMAN R, GARCIA A.

DEPARTAMENT SALUT. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Diseñar un MA para los EAP integrado por estándares de calidad que permitan garantizar al ciudadano que la organización que le atiende cumple con unos requisitos previos considerados de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño, elaboración y consenso del MA de los EAP: Creación de un Comité Operativo (CO) (expertos en modelos de acreditación) con el objetivo de elaborar un documento de trabajo inicial que posteriormente serà validado por un Grupo Técnico(GT) (representantes de la atención primaria (AP) con experiencia en calidad) cuya misión era validar el documento inicial mediante técnicas de consenso (correo electrónico y reuniones plenarias). Prueba piloto: Validez de contenido: Validación del contenido del MA en 30 EAP Valoración prueba piloto: encuesta para valorar face validity del MA Documento definitivo: post validación.

RESULTADOS:

Documento consensuado por el CO y el GT y validado en los EAP. El MA está integrado y es coherente con otras herramientas de la administración. Unidad de análisi: EAP. Estructura: modelo EFQM, 9 criterios (C), 34 sub-criterios y 379 estándares (E)(nº E por C: C1 32, C2 31, C3 34, C4 46, C5 126, C6 16, C7 20, C8 7, C9 67). Evaluación: targeta REDER (enfoque E, desarrollo D, evaluación + revisión E+R, resultados R): E 21%, D 49%, A+R 30%. Resultados de la prueba piloto El 80% de los E estaban bien diseñados. El porcentaje medio de cumplimiento: 70,4%. 3 EAP < 60%, 21 60%-80% y 6 > 80%. Grado de cumplimiento en cada C: C1 71’1%, C2 64’7%, C3 74’8%, C4 74’1, C5 86’6%, C6 83’9%, C7 48%, C8 45’4%, C9 41’8%. Resultados encuesta de valoración de la prueba

piloto: face validity. Respuestas: 60% de los EAP pilotos. El 83% lo encontraron útil. El 78% contenido adecuado. Aspectos positivos: identifica fallos y oportunidades de mejora, estandariza procesos, MA global y unificado para AP de nuestra comunidad. Aspectos negativos: carga de trabajo, generará documentación, largo y complejo. Recursos necesarios: formación, intercambio de experiencias, sistema de información: compartir documentos, foros online y dotar a los EAP de los recursos necesarios.

DISCUSIÓN:

Las técniques utilizadas para la elaboración del MA mediante consenso entre el CO y el GT permitieron hacer una primera selección E y con la posterior comprobación in situ para su validez de contenido y face validity permitió comprobar que la mayoria de los profesionales entendían el MA. Por otro lado, el hecho de poner énfasis en el D pretende introducir de forma paulatina la cultura de la excelencia en los EAP y la promoción de la mejora continua, además de buscar la reflexión sobre los diferentes resultados a obtener para ser un EAP excelente.

C005.- AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA 2.

PAREDES-ALVARADO I, BELKEBIR- S, VELA-MARQUINA ML, COCA-MORENO J, GARCIA-MATA JR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Describir la metodología aplicada en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), en colaboración con los grupos de mejora de los Servicios y Equipos de Atención Primaria (EAP) para impulsar y apoyar en su implantación y desarrollo el sistema de gestión de calidad ISO en el Sector Zaragoza II.

MATERIAL Y MÉTODOS:

ítica que facilite su implantación Los Servicios y Equipos de Atención Primaria (EAP) disponen de un grupo de calidad que funciona en base a un reglamento, lo cual facilita la tarea de introducción del sistema ISO al resto del equipo. La Unidad de Calidad Asistencial (UCA) actúa de catalizador de los proyectos con actividades de formación, apoyo metodológico y coordinación. Un miembro del equipo directivo armoniza, la marcha de los proyectos de certificación, sirviendo de escuela de aprendizaje y estímulo mutuo. Actividades: Talleres formativos a los profesionales que van a participar en el proceso de certificación. Reuniones semanales entre cada servicio y la UCA en las que se planifica el trabajo a realizar, se resuelven dudas y se revisa el realizada. Realización de Auditorias Internas, Revisión por la Dirección y solicitud de Auditorias de Certificación.

RESULTADOS:

Institucionalmente, se aborda la certificación de: centrales de esterilización y EAP San Pablo (ISO 9001) y la acreditación (ISO 15189) de los servicios de Hematología, Bioquímica y Microbiología A nivel de Sector, en el 2009 se obtuvo la certificación del Hospital de Día Hematológico y del Servicio de Electromedicina. Este último es el primer servicio en España en obtener además la certificación según la norma ISO 13486. En 2011 han conseguido la certificación: Admisión, Comisión Docencia, Farmacia y

Medicina Nuclear; se ha destacar que estos servicios han trabajado sin apoyo externo Están en diferentes fases del proceso Oncología Radioterápica y Física.

DISCUSIÓN:

La implantación de sistemas de calidad basados en la norma ISO ha supuesto un revulsivo en la mejora de la calidad de diversos servicios del Sector. Es imprescindible en este proceso contar con personas y estructuras, en nuestro caso la UCA, que den soporte próximo, estímulo y coordinación a los proyectos.

C006.- LOS PROFESIONALES DEFINEN Y ELIGEN CUÁL ES LA MISIÓN, LA VISIÓN Y LOS VALORES DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

OLIVERA-CAÑADAS GU, MEDIAVILLA-HERRERA IN, JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ CR, DRAKE-CANELA ME, BARTOLOMÉ-BENITO EL, ALEMANY-LÓPEZ AN.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. MADRID.

OBJETIVOS:

Definir la misión, visión y valores compartidos de la Gerencia de Atención Primaria (GAP). Hacer que sean los profesionales quienes definan y elijan la misión, visión y valores de la GAP. Difundir en la organización cuál es la misión, la visión y los valores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

10000 trabajadores forman la GAP. El proyecto se desarrolló en tres etapas con objetivos y cronogramas definidos. El objetivo de la primera etapa fue obtener 3 propuestas de definición de misión, 3 de visión y un elenco de 10 valores. Para ello, se hicieron 10 grupos distintos de trabajo formados cada uno por 15 profesionales de distintas categorías. Cada grupo, en una jornada de trabajo, definió una misión, una visión y eligió 10 valores, siendo coordinados por 2 expertos en dinámica grupal y técnicas cualitativas. Se llevó a cabo una 2ª reunión de trabajo con un representante de cada uno de los 10 grupos anteriores para conseguir las 3 propuestas de definición de misión y visión sobre las 10 obtenidas previamente en los grupos y un elenco definitivo de 10 valores, entre los más votados por los 150 profesionales. A los participantes se les pidió que evaluaran la metodología empleada con un cuestionario. Con las tres propuestas de definiciones de misión, visión y los 10 valores, se pasó a la 2ª etapa en que el Gerente de AP eligió 2 de las 3 propuestas y aprobó la lista de 10 valores definidos a los que añadió otro valor de entre los elegidos por los grupos de trabajo aunque con menor número de votos. Las dos definiciones de misión, visión y los 11 valores se subieron a la WEB de primaria para que, a través de un sistema de votación, todos los profesionales que quisieran pudiesen hacer la elección de 1

de las 2 definiciones de misión y visión y la elección de 5 de los 11 valores. Para fomentar la participación se puso una alerta/pop-up que durante 10 días apareció al encender cada ordenador y facilitó la votación. Además se envió mail a los líderes de la organización para conseguir mayor participación. En la tercera etapa se procedió a la difusión de la misión, visión y valores de la GAP a la organización. Se realizó con la elaboración de un video que se subió a la WEB y se presentó a todos los líderes de la organización en un consejo de gestión.

RESULTADOS:

Los grupos de trabajo elaboraron tres definiciones de misión y visión y eligieron por votación un elenco de 10 valores, el 93% de estos participantes respondió al cuestionario de evaluación sobre la metodología empleada, obteniéndose una puntuación global de 4,33 (en escala de 1a5, siendo 1 muy inadecuada y 5 muy adecuada). Todos los profesionales de la organización tuvieron la oportunidad de elegir con su voto la misión, visión y los valores de la GAP. Votaron 2200 personas. La misión, visión y los valores de la GAP fueron difundidos a toda la organización.

DISCUSIÓN:

La metodología empleada ha permitido que todos los profesionales que trabajan en AP conozcan el proyecto y participen en el mismo. Igualmente ha facilitado su difusión.

C007.- PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA SIGUIENDO EL MODELO EFQM.

GONZALEZ-PEREZ M, VAZQUEZ-TROCHE S, LOPEZ-VIRTANEN B.

HOSPITAL EL BIERZO. PONFERRADA.

OBJETIVOS:

Identificar y definir un conjunto mínimo y normalizado de objetivos de seguridad del paciente, alineados con otros indicadores relevantes para la Dirección del centro, cuya implantación y seguimiento nos permita garantizar la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, así como fomentar la excelencia clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión bibliográfica relacionada con la seguridad del paciente en la atención sanitaria y metodología EFQM, así como otros planes estratégicos de calidad y seguridad del paciente. Se plantea en la unidad funcional de seguridad del paciente del hospital el desarrollo de unos objetivos e indicadores para la evaluación de la consecución de los mismos, dentro de un plan estratégico para velar por la seguridad de los pacientes. La selección de criterios/estándares/indicadores de seguridad del paciente más representativos en relación con la asistencia sanitaria se realizó tomando como base los nueve elementos del modelo EFQM. Síntesis de la información: la información obtenida fue depurada, sintetizada y priorizada de acuerdo con las ponderaciones de los criterios del modelo EFQM original. Indicadores: - 9 de liderazgo - 5 de políticas y Estrategias - 6 de Gestión de personas - 7 de alianzas y recursos - 21 de procesos - 7 de resultados en los clientes - 4 de resultados en las personas - 5 de resultados en la Sociedad - 11de resultados clave.

RESULTADOS:

El plan consta de 6 estrategias que se desarrollan en 30 objetivos estratégicos. Cada objetivo da lugar a una serie de actuaciones en distintas áreas de la organización. El grado de cumplimiento de las mismas se evaluará periódicamente con indicadores. Se han seleccionado e incorporado objetivos de seguridad sobre los que se vienen

impulsando actuaciones desde los servicios centrales en los últimos años. La unidad funcional de seguridad del paciente será la encargada de diseñar y aprobar las líneas generales del plan estratégico y será un elemento clave en realizar su seguimiento en sus diferentes reuniones, contando con el apoyo de la dirección del centro. Con los resultados de la evaluación, se realizará una revisión del contenido de las líneas estratégicas y en consecuencia se adoptarán los cambios necesarios para obtener los mejores resultados posibles en los años siguientes.

DISCUSIÓN:

El plan estratégico en seguridad constituye un marco que facilitará la implicación de los profesionales asistenciales y de gestión en la creación de una cultura de seguridad en el hospital y de trabajo en equipo. También facilitará el despliegue de objetivos corporativos y la difusión de la cultura de calidad, seguridad y de mejora continua. Por otro lado, la incorporación de objetivos de seguridad en el plan anual de gestión del hospital, continuando con la metodología de trabajo EFQM como referencia es novedosa y permite implantar objetivos de forma sistemática y transversal dando una visión global de la organización.

C008.- PRESENCIA DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS EN LA WEB SOCIAL.

ESCOBAR-UBREVA A, FERNÁNDEZ-BERMEJO MC, BUIZA-CAMACHO B.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

La Salud 2.0 se concibe como un nuevo enfoque de la asistencia sanitaria centrada en el ciudadano, en la que los agentes involucrados (pacientes, profesionales, gestores, proveedores) participan de forma activa empleando las nuevas tecnologías para mejorar la calidad y la productividad de la asistencia sanitaria. El Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias, promovido por la Agencia de Calidad Sanitaria (ACSA), partiendo de esta perspectiva, se platea abrir nuevos canales de comunicación con la ciudadanía y los gestores de información sanitaria a través de la redes sociales, dando mayor difusión a la actividad llevada a cabo por este programa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En una primera fase, se definieron los objetivos y se realizó un análisis de la redes sociales a utilizar (facebook, twitter, blog, slideshare, youtoube, etc.), identificación del público objetivo de la información que se proporcionaría y los contenidos a publicar en cada uno de estos canales. Como criterios de interés a tener en cuenta en la metodología de trabajo para el desarrollo de esta estrategia se identificaron los siguientes: imagen institucional, contenidos a difundir, participación de los usuarios, promoción y difusión. En una segunda fase, se revisaron los canales de comunicación de la web social más utilizados y se seleccionaron aquellos que tenían mayor repercusión en el ámbito sanitario.

RESULTADOS:

Un primer acercamiento a la web social fue abrir perfiles en las redes sociales que actualmente tienen mayor impacto: facebook y twitter, con la intención de ganar visibilidad y promover el programa dentro de estas redes. Desde la apertura de estos canales, en abril de 2011, se

ha ido consiguiendo un incremento de seguidores proporcional a la difusión de la actividad llevada a cabo en el programa y la participación activa en estos. La información proporcionada en estos canales se dirigiría a la ciudadanía en general y a editores de sitios web sobre salud. Como contenido, se publicaría la información más relevante de este programa: su actividad diaria, participación en congresos, recomendaciones generales, noticias, etc. Para reforzar esta estrategia, se pondría en marcha un blog en junio 2011, cuyo objetivo sería ofrecer una información más detallada respecto a los otros canales, donde se publicarían recomendaciones, ejemplos, referencias, guías prácticas, talleres, etc. La intención principal del blog sería participar activamente en la corriente Salud 2.0 para aprender de los usuarios y productores de sitios web sanitarios, escuchar sus inquietudes y obtener, del mismo modo, feedback de sus experiencias.

DISCUSIÓN:

La presencia de este programa de acreditación de páginas web sanitarias en la web social permite ampliar el alcance, difusión y visibilidad de sus actuaciones, promoviendo la mejora continua limitada hasta entonces a la participación en el programa, además de conseguir participación activa de los usuarios con interés en este tipo de iniciativas.

C009.- CONSOLIDACIÓN DEL MODELO EFQM EN CAPIO HOSPITAL TRES CULTURAS DE TOLEDO. COMPATIBILIZACIÓN CON CERTIFICACIÓN EN ISO 9001.

BLANCO-RODRÍGUEZ M, GOMEZ-FELIPE E, VEGA-CARRASCO MJ, COMINO-RIVAS MA, LÓPEZ-SAN ROMÁN MA, ALFARO-CADENAS L.

CAPIO HOSPITAL TRES CULTURAS. TOLEDO.

OBJETIVOS:

Durante el año 2004, se produce la implantación del sistema de gestión de calidad de Capio Sanidad en el Hospital Tres Culturas de Toledo, y tras dos autoevaluaciones EFQM realizadas en el centro, en los años 2005 y 2007, se advierte la necesidad de realizar una nueva autoevaluación tutelada que se ajuste a la realidad del Hospital compatibilizandola con el mantenimiento de la certificación en Norma ISO 9001:2008.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras la autoevaluación de 2007 se considera que el resultado obtenido (409 puntos) es sobredimensionado y se aleja en demasía de la realidad de la organización, debido a la escasa formación del personal. Tras varios años, en los que la actividad en calidad del Centro va dirigida a la consolidación de una comisión eficiente, denominada Núcleo promotor de Calidad, y al mantenimiento de la certificación ISO, se considera, desde el departamento central de Calidad de Capio Sanidad, que ha llegado el momento de retomar el modelo EFQM compatibilizándolo con la sistemática ISO. Para ello es imprescindible dar formación a un equipo evaluador que afronte una nueva autoevaluación que será, además, tutelada por una consultora externa. Así, de forma progresiva, el tutor de calidad del centro obtiene la titulación de evaluador EFQM, se selecciona un equipo entre los miembros del Núcleo Promotor de Calidad que recibe la misma formación y, finalmente, se realiza una evaluación tutelada por la consultora.

RESULTADOS:

Los resultados de 2005 (257 puntos) y los de 2007 (409 puntos), se consideraron poco fiables y han dado paso a

una puntuación de 252 puntos, en la autoevaluación realizada en febrero de 2011, verificada externamente. Además se ha consolidado el Núcleo Promotor de la Calidad y se ha formado a un equipo evaluador fiable. Este equipo ha iniciado ya la implementación de acciones en las áreas de mejora detectadas. Durante este período de tiempo se ha mantenido la certificación con la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, reduciendo de forma constante el número de no conformidades, habiéndose realizado la última auditoría en noviembre de 2010.

DISCUSIÓN:

A la vista de los resultados apreciamos que es posible compatibilizar una certificación integral del centro en Norma ISO, con autoevaluaciones EFQM fiables. Esta compatibilización ha ayudado a una mayor madurez del sistema de gestión de la Calidad en Capio Hospital Tres Culturas, en cuanto a la detección de áreas de mejora desde el modelo europeo y al seguimiento de las acciones correctivas, preventivas o de mejora con sistemática ISO. Además se consigue incrementar notablemente la cultura de calidad en el centro sanitario.

Sesión de Comunicaciones I

Sala 2

Procesos / C. Formal

C010 – C018

C010.- DIFICULTAD DE COMPILAR LAS PUBLICACIONES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EVALUADOS POR UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

ARANDA-GARCIA A, NAJERA-PEREZ MD, TITOS-ARCOS JC, SANCHEZ-QUILES MI, PIQUERAS-PEREZ FM, BELCHI-HERNANDEZ J.

SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Según el RD 223/2004, por el que se regulan los ensayos clínicos (EC) con medicamentos, el promotor está obligado a publicar los resultados, tanto positivos como negativos, en revistas científicas. Ante las numerosas alegaciones que hace nuestro comité ético de investigación clínica (CEIC) sobre el compromiso del promotor de la publicación de resultados, y como actividad de seguimiento de EC de nuestro CEIC, se planteó el objetivo de recopilar las publicaciones de los ensayos evaluados entre los años 1998-2007 y analizar este proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Inicialmente se contactó con los promotores vía telefónica o email para solicitar el envío de las publicaciones relacionadas con los EC indicados. Simultáneamente se realizó una búsqueda por código de promotor en las páginas web de los propios promotores y en páginas específicas de EC como clinicaltrial.gov. No se realizó búsqueda en bases de datos tipo Medline debido a que el código del EC no suele aparecer en las publicaciones finales.

RESULTADOS:

De un total de 195 EC evaluados entre 1996 y 2007, 118 ensayos estaban cerrados en enero de 2010. De 20 de estos últimos no se conocía el código del promotor. Del resto, 98 ensayos, en 18 encontramos información sobre los ensayos en webs propias del promotor, aunque solo 6 disponían de publicaciones. De 11 de los EC se recibió información del promotor tras nuestra solicitud de publicaciones. De los 20 ensayos que aparecían en

clinicaltrial.gov, solo 13 incluyen referencias a publicaciones. Hay 70 ensayos de los que no hemos encontrado ninguna información sobre publicaciones, bien porque no se ha podido localizar al promotor, bien porque no hay información disponible en 2010. Hemos localizado 33 artículos de un total de 25 ensayos, 12 comunicaciones a congresos de 3 ensayos: 7 son de un ensayo de 2003, y el resto de 2 de 2007. 13 de los ensayos tienen otras publicaciones en web, tipo informe final o resultados en la página web. De ellos tres son previos a 2004 y el resto es posterior a la legislación de 2004.

DISCUSIÓN:

La búsqueda de publicaciones de EC resultó muy costosa debido a la variabilidad en la publicación y difusión de las mismas. Las páginas web de información específica sobre EC facilitan esta labor (especialmente clinicaltrials.gov), pero es dispar el tipo de EC que se registran. Existen páginas web propias de promotores que incluyen publicaciones, aún así todavía es una acción incipiente. La publicación de resultados se inicia en congresos y reuniones científicas, pero el acceso a esta información puede ser complicado. Los promotores no siempre disponen de las publicaciones. Los cambios en los laboratorios, tipo fusiones, etc, también dificultan el acceso a la información. Como cuestiones a valorar ¿cuál es el tiempo prudente para que una publicación de un ensayo clínico salga a la luz? ¿Cuál es la forma apropiada de difusión? ¿Cómo afecta la difusión parcial de resultados de los ensayos en la calidad de la asistencia recibida por los pacientes?.

C011.- AUTOEVALUACION DE PROCESOS ASISTENCIALES: PATOLOGIA ESOFAGICA.

AROCENA-CEDRON MG, PRIETO-CALVO M, MIFSUT-PORCEL P, GUTIERREZ-GRIJALBA O, OLEAGOITIA-CILAURREN JM, COLINA-ALONSO A.

HOSPITAL DE CRUCES. BARAKALDO.

OBJETIVOS:

Conocer nuestros resultados en patología esofágica en el último año, dentro del programa de mejora continua de nuestros Procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han tratado un total de 16 pacientes (14 varones y 2 mujeres) con una edad media de 54 años (rango34-74) ; la etiología fue neoplásica en 12 casos(69,2%) con los siguientes estadíos : 1 paciente (8,3%) estadio I , 1 (8,3%) estadío II, 9 (75%) estadio III y 1 (8,3%) estadío IV; con una localización en 1/3 medio (33,3%), en 1/3 distal (58,3%) y multicéntrico (8,3%); el tipo histológico fue Carcinoma en 7 (58,7%) y Adc en 5 (41,3%); como patología benigna tuvimos los siguientes diagnósticos: 1 úlcera crónica fistulizada a bronquio, 2 perforaciones a nivel cervical y otra a nivel distal.El estudio, la indicación quirúrgica y la cirugía fue realizada por la Unidad Esofagogástrica compuesta de 5 cirujanos altamente especializados, siendo la vía de acceso transhiatal en todas las neoplasias y toracotomía, en 1 caso de lesión benigna.

RESULTADOS:

La indicación quirúrgica en las neoplasias fue del 75% y la tasa de resecabilidad del 100%. De la patología benigna (n=4), la cirugía se indicó en un 50% (n=2), resolviéndose con ttº médico las 2 perforaciones cervicales. Como complicaciones postoperatorias precoces destacamos la fuga anastomótica en un 27,7% (n=3) y el distress respiratorio también en un 27;7% (n=3). La complicacion postoperatoria tardía (diagnosticada entre 1-3 meses tras cirugía) fue la estenosis cervical en un 36,3%(n=4). Mortalidad postoperatoria en un 18,18% (n=2),1 por TEP Y 1 por progresión de la enfermedad; de los pacientes con neoplasia no sometidos a cirugía, 1 falleció por fracaso multiorgánico y 1 por avance de la enfermedad, durante la

neoadyuvancia. La recidiva postoperatoria se presentó en 2 casos (22%): a los 2m a distancia y al año a nivel local. Con estos resultados, decidimos revisar nuestra incidencia de fugas anastomóticas en los últimos 4 años: sobre un total de 53 pacientes (46 neoplasias y 7 patologías benignas) encontramos un 13,2% de fístulas cervicales(n=7).Como complicación tardía, la estenosis de la anastomosis en un 30,6% (n=15).La mortalidad fue del 4,16% (n=3).

DISCUSIÓN:

1) La cirugía del esófago está gravada por una alta morbilidad (>40%) por lo que se aconseja su realización en Centros de referencia y por Equipos con especial dedicación. En nuestro caso, disponemos de una Unidad esofagogástrica para intentar disminuir la variabilidad, aumentar la casuística y reducir la morbimortalidad 2) Nuestra tasa de complicaciones postoperatorias 27,7% de fugas cervicales, es debida al escaso nº de pacientes (n=11) puesto que una revisión más amplia con 53 casos, disminuye nuestra tasa (13,2%) a los stándares publicados 3) Nuestro objetivo actualmente está en establecer Indicadores de Proceso y de Resultados y responsables de su cumplimiento, en consenso con los Servicios de Oncología y Digestivo y realizar autoevaluaciones conjuntas, cada 2 años.

C012.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALARIOS.

CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, FONSECA-MIRANDA YA, MAS-CASTILLO A, RAMÓN-ESPARZA T, LÓPEZ-ROJO C.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar y mejorar la calidad formal de los Documentos de Consentimiento Informado (DCI) de los hospitales de un Servicio Regional de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un ciclo completo de evaluación y mejora de la calidad de los DCI (primera evaluación, introducción de medidas correctoras a partir de los resultados obtenidos y reevaluación). La unidad de estudio ha sido, en la primera evaluación, el total de DCI utilizados en los hospitales en el año 2007, excluyendo los no válidos y los utilizados para investigación y, en la segunda, una muestra de 540 DCI seleccionada aleatoriamente entre el total de los utilizados en 2010. Se han evaluado 19 criterios de calidad que valoraban la presencia en los documentos de: nombre del hospital, servicio, datos del médico, paciente y representante legal, fecha y lugar donde se firma el consentimiento, nombre del procedimiento, finalidad, consecuencias, riesgos probables, riesgos personalizados, contraindicaciones, alternativas, declaración de haber comprendido y aclarado dudas, conocimiento de la posibilidad de revocación, espacio para la revocación, otorgación del consentimiento y entrega de copia. Para la comparación de los resultados obtenidos entre la primera y la segunda evaluación se ha calculado la media de incumplimientos por DCI, el porcentaje de mejora entre ambas y los criterios con mayor margen para la mejora. Se ha valorado además el porcentaje de DCI excluidos sobre el total de utilizados y el porcentaje de variación en el número de DCI utilizados.

RESULTADOS:

El porcentaje de DCI excluidos ha descendido del 15 al 13,7%. El número de DCI válidos utilizados se ha

incrementado en un 57,6% (de 1425 a 2246). El porcentaje de mejora, con respecto a la primera evaluación, ha sido del 22,7% y oscilaba entre el -12,2% y el 77,9%. La media de incumplimientos por DCI obtenida en la reevaluación es de 5,8, inferior a la de la primera evaluación (7,6). 6 de los 19 criterios valorados acumulan el 63,5% del margen para la mejora. Se trata, de mayor a menor porcentaje de defectos, de la información sobre las contraindicaciones y consecuencias, de la entrega de copia, de la declaración de haber comprendido y aclarado dudas, finalidad del procedimiento y alternativas al mismo. Estos mismos criterios eran los que aparecían en primer lugar en la primera evaluación.

DISCUSIÓN:

Se ha producido un importante incremento en el número de DCI utilizados por los hospitales. Las medidas de intervención puestas en marcha han permitido mejorar la calidad de los DCI. Algunos hospitales no han mejorado al no haber introducido las medidas correctoras o haber intervenido parcialmente. Dado que los criterios utilizados miden aspectos de tipo estructural se aconseja volver a intervenir antes de pasar a monitorizar. La propuesta de un modelo unificado de DCI que cumpla con todos los criterios valorados y el establecimiento de un sistema de acreditación y registro de los mismos aparecen de nuevo entre las principales medidas correctoras.

C013.- INDICADORES GENÉRICOS PREDEFINIDOS COMUNES DE EVALUACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS-VÍAS CLÍNICAS: PROPUESTA TEÓRICO-PRÁCTICA.

SABATER-RAGA R, ALOY-DUCH A, MATEU-OLIVÉ N, FELIP-SABORIT M, RODRÍGUEZ-SADURNÍ J, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R.

HOSPITAL GENERAL. GRANOLLERS (BARCELONA).

OBJETIVOS:

Proponer una categorización genérica de indicadores de calidad predefinidos para todas las trayectorias clínicas (TC) que nos permita clasificar de forma homogénea los diferentes indicadores utilizados, así como presentar algunos ejemplos de resultados obtenidos en algunas de las trayectorias clínicas implantadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro centro, de referencia comarcal, dispone de 395 camas, atiende a 130.000 pacientes en urgencias, y da anualmente 22.000 altas hospitalarias. En 2007 se inició el desarrollo y protocolización de los procesos y su concreción en TC, siendo la Gestión por Procesos la metodología utilizada. La metodología estándar, común y homogénea para cada TC se resume en: a. Revisión bibliográfica; b. Integración de los patrones funcionales de Gordon, la taxonomía NANDA, NIC y NOC, y las guías de práctica clínica médicas (MBE); d. Implantación de las directrices sobre paciente tipo e indicadores; e. Asignación de responsables de cada TC y elaboración de la misma mediante un formato propio; f. Inicio de la fase piloto y TC definitiva; g. Evaluación de los indicadores; y, h. Acciones de mejora.

RESULTADOS:

Presentamos una agrupación de los diferentes indicadores, con sus posibles estándares (Es) y los definimos aportando un ejemplo de los resultados obtenidos en nuestro hospital durante el año 2010. Los indicadores propuestos en cualquier TC son: 1º Indicadores de adecuación (1.1., en la inclusión: Es > 80%, 1.2., en las variaciones: Es < 10%, 1.3., en el cierre: Es< 10%); 2º Indicadores de implantación: Es> 90%; 3º Indicadores de cumplimentación: Es >80%; 4º Indicadores de resultados

(4.1., en el objetivo clave: Es >80%, 4.2., media del cumplimiento en la estancia igual o menor al estándar establecido: Es >80%, 4.3., efectos adversos detectados: Es 80%, 4.5., hojas informativas entregadas al paciente: Es >80%); 5º Indicadores de satisfacción de paciente y profesional: Es >80%; 6º Indicador Global final de TC: Es >80%.

DISCUSIÓN:

El desarrollo de esta categorización genérica de los indicadores para todas las TC nos ha de facilitar la comparación de resultados entre las distintas TC (dentro y fuera de una misma institución), ya que nos permitirá utilizar un lenguaje común y homogéneo. Ello nos debería ayudar a detectar, más fácilmente, los puntos débiles existentes y proponer acciones de mejora que nos ayuden a seguir avanzando en mejorar la continuidad, la calidad y la eficiencia de los cuidados.

C014.- ANÁLISIS DE LAS ACLARACIONES SOLICITADAS A LOS ENSAYOS CLÍNICOS, POR UN COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

NÁJERA-PÉREZ MD, ARANDA-GARCÍA A, SERRANO-JIMENEZ C, DEL TORO-INIESTA C, RUIZ-ROS JA, GIL-ORTEGA M.

H MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

A partir del Real Decreto 223/2004, que regula en nuestro país los Ensayos clínicos, el CEIC de referencia, es el único a nivel nacional encargado de emitir un dictamen final para todos los centros. Los CEIC implicados deben remitir sus aportaciones al CEIC de referencia. Estas aportaciones pueden ser, informar favorable o desfavorablemente de forma directa, solicitar aclaraciones mayores o menores, o aceptar las aclaraciones que solicite el CEIC de referencia. Nos proponemos analizar las aclaraciones solicitadas por un CEIC, a los ensayos clínicos remitidos para su evaluación, con el objeto que cuantificar y analizar la actividad realizada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, de 2 años (2009-2010), en el que se han valorado las aclaraciones solicitas por el CEIC a los promotores de ensayos clínicos. Las aclaraciones se clasificaron en metodológicas, éticas y legales. Así mismo, pueden ser menores (no impiden la aprobación del ensayo) o mayores (condicionan la aprobación del ensayo clínico). Se han considerado aclaraciones de tipo ético, las que afectan a la Hoja de Información al Paciente(HIP) y el Consentimiento Informado. Se han considerado aclaraciones de tipo metodológico, las que hacen referencia a la idoneidad del diseño para llegar a las conclusiones propuestas. Se han considerado aclaraciones de tipo legal, las que hacen referencia al cumplimiento de la legislación vigente.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se presentaron al CEIC 49 ensayos, actuando el CEIC como comité implicado. Se solicitaron un total de 293 aclaraciones, (6 aclaraciones/ensayo). Las aclaraciones de tipo

metodológico fueron 132: 2,6 aclaraciones por ensayo. Respecto al tipo de aclaración solicitada 31, se refirieron a aspectos relacionados con la medicación en investigación, 15 criterios de inclusión/exclusión de los participantes, 15 política de publicaciones, 11 aspectos estadísticos, 11 variables de valoración, 8 dosis ensayada. Se consideraron como aclaraciones mayores la mayoría de ellas(119). Las aclaraciones de tipo ético fueron 160 en 51 HIP, lo que supone 3,1 aclaraciones/HIP. Destacar que un 22,5% afectan a la compresión del sujeto sobre la información recibida. Las aclaraciones de tipo legal fueron las menos solicitadas (26), 0,5 por ensayo.

DISCUSIÓN:

El elevado número de aclaraciones solicitadas, pone de manifiesto la actividad evaluadora del CEIC. Las aclaraciones metodológicas contribuyen a mejorar el diseño del ensayo y destacan las relacionadas con la medicación en investigación, en distintos aspectos como suministro, etiquetado y preparación. Destaca también, las aclaraciones que sobre la publicación de los resultados, el RD223/2004 sobre ensayos clínicos, obliga a que se publiquen los resultados tanto positivos como negativos, esto debe quedar explicitado en el protocolo y en la HIP. Son muy importantes y mayoritarias, las aclaraciones solicitadas a la HIP, las cuales ponen de manifiesto la preocupación del CEIC en materia de protección de los sujetos.

C015.- ABORDANDO LOS OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA: MÁS ALTO, MÁS CLARO, ¿MÁS FÁCIL?.

DULANTO-BANDA RA, FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP, DEOCAL-REINA S, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ C, MARTÍN-SÁNCHEZ-HUETE M, ÁLVAREZ-ÁLVAREZ MI.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

Facilitar la fluidez de la comunicación interna en una organización sanitaria a través de una herramienta de monitorización de estos flujos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El ámbito de análisis fue la Unidad de Apoyo a la Gerencia (UAG) y el Equipo Directivo y la unidad de análisis, cada caja del organigrama. Dentro del Plan de Comunicación interna 2010-2012 (PCI), ocho miembros de la Comisión de Comunicación asumieron la acción de mejora "Elaboración de flujograma de las vías de comunicación interna". Las fases fueron: 1. Revisión de la bibliografía, lluvia de ideas y previsión de posibles resistencias. Para monitorizar el proceso, se elaboraron dos herramientas diagnósticas: 1) Mapa de puntos críticos (sistema visual de flechas que indica los flujos que dificultan la comunicación) y 2) Matriz de problemas, organizados en celdas según la gravedad por colores (rojo: alta relevancia, naranja: relevancia intermedia y verde: en vías de solución) y la descripción breve de cada punto crítico. 2. Primera entrevista a las unidades de análisis (junio 2010). 3. Reclasificación por consenso de resultados, aprobación del Equipo Directivo y retroalimentación personalizada a los implicados (diciembre 2010), incluyendo recomendaciones generales para solucionar los obstáculos encontrados. 4. Segunda entrevista para valorar la existencia de acciones de mejora, cambios en los problemas existentes y resultados de los indicadores propuestos (junio 2011).

RESULTADOS:

De los 420 flujos de comunicación existentes entre las 22 cajas del organigrama, 53 de ellos tenía al menos un problema según el Mapa (12,6%) y 60 según la Matriz

(14,3%). En esta última, 27 de las celdas eran de color rojo(59,9%), 26 de color naranja (43,4%) y nueve de color verde (17%). No reportaron ningún problema cinco unidades de análisis (cuatro del Equipo Directivo y una de una unidad de área). Los motivos más frecuentes fueron "Problemas de contenido del mensaje/desacuerdos" (17; 32,1%) y "Excesivo flujo de información" (15; 28,3%). Se han abordado 33 puntos críticos (55%) a través de 22 actividades específicas (siete derivadas de la implementación del propio PCI y cuatro que venían realizándose simultáneamente), de los cuales 17 (51,5 %) han mejorado (reducción de la gravedad del color o desaparición de la celda).

DISCUSIÓN:

Ciertos servicios perciben un gran número de obstáculos en la comunicación con la globalidad de la UAG, probablemente por su alto nivel de interacción con el resto de la gerencia, lo que hace que su actividad sea particularmente sensible y tenga un elevado flujo de información. Por otro lado existen estructuras que consideran no tener problemas de comunicación con el resto de la UAG, sobre todo dentro del Equipo Directivo, aunque otros grupos perciban lo contrario. Las herramientas diseñadas están demostrando ser útiles y prácticas tanto en el seguimiento de los flujos de comunicación como en la visibilización de algunos obstáculos subyacentes, y en la creación de espacios para su abordaje por los grupos implicados.

C016.- IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN URGENTE EN EL INSTITUTO CATALAN DE LA SALUD.

TORRAS-BOATELLA MG, BOQUÉ-OLIVA C, CARRERAS-MOLAS A, CHICOTE-CARQUERO S, FIGUEROLA-BATISTA M, VIDAL-MILLA A.

INSTITUT CATALAN DE LA SALUT. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Definir un modelo de atención urgente para el ámbito hospitalario de nuestra organización basado en la gestión por procesos, e implantarlo en sus 8 hospitales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Uno de los objetivos identificados como prioritario fue la mejora de la atención urgente, en el ámbito hospitalario. Encargándose a un grupo de expertos la elaboración de un documento que definiera el modelo de referencia, identificando las áreas clave de mejora (2008). El documento fue presentado y aprobado por el Comité de Dirección y se inició la fase de despliegue e implantación en el conjunto de la organización (2009-2011). El plan de trabajo incluyó acciones a 4 niveles básicamente: 1-La identificación de los ejes del modelo de atención urgente, basado en la gestión por procesos, con las siguientes áreas de resultados: protocolos clínicos y de derivación conjuntos, manuales, normativa de funcionamiento y planes específicos, equipos profesionales estables, sistema de clasificación y organización por niveles, comunicación e información a pacientes i familiares, sistemas de Información específicos. 2-El compromiso directivo, a través del Acuerdo de Gestión, donde se fijan los objetivos para cada gerencia territorial. Se evalúa y actualiza anualmente. 3-El liderazgo clínico, organizándose equipos de trabajo en cada uno de los hospitales, para impulsar el proyecto en los centros y también un comité de trabajo corporativo compuesto básicamente por el propietario del proceso de cada hospital y un coordinador corporativo. Este grupo se ha constituido en el cuore impulsor del proyecto. 4-Los sistemas de información: Se prioriza el desarrollo de indicadores específicos que permitan monitorizar las mejoras vinculadas al plan de acción,

coincidiendo durante esta etapa, con la implantación del SAP Asistencial en los hospitales del ICS.

RESULTADOS:

Los objetivos fijados para el conjunto de los hospitales del ICS, se han conseguido satisfactoriamente en todos los servicios de urgencia: Se ha implantado la atención por niveles, se han realizado mejoras estructurales y adecuación de espacios. Se han homogeneizado los formatos de los documentos informativos y rótulos. Se disponen de protocolos y manuales actualizados. Se ha realizado formación específica a los profesionales en habilidades comunicativas, en metodología de gestión por procesos. Se dispone de un sistema de información específico para monitorizar los parámetros prioritarios (tiempos espera y resolución, casuística, seguimiento de protocolos,...) con una periodicidad incluso diaria (4 cortes).

DISCUSIÓN:

Se valora muy positivamente el trabajo realizado para mejorar la atención urgente, durante estos años, identificando 2 elementos que han resultado claves en el desarrollo del plan de acción: La inclusión de este proyecto en los acuerdos de gestión y la elección de la metodología de gestión por procesos, pues facilita el análisis sistemático de circuitos complejos y permite visualizar globalmente el proceso y sus relaciones con otros procesos hospitalarios.

C017.- ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO (2007-2010) PRE- Y POST-IMPLANTACIÓN DE SU TRAYECTORIA-VÍA CLÍNICA.

ALOY-DUCH A, JIMENEZ-POTRERO M, MICÓ-REYES E, SABATER-RAGA R, PÉREZ-SORIANO D, YUNTA-GALLO A.

HOSPITAL GENERAL. GRANOLLERS (BARCELONA).

OBJETIVOS:

Presentar los resultados de un estudio prospectivo comparativo, pre-implantación (2007) y post-implantación (2008 a 2010) de la trayectoria/vía clínica (TC) en la artroplastia primaria de rodilla (ATR), realizado en los últimos 4 años con los objetivos de: estandarizar el proceso de la ATR asegurando los indicadores asistenciales, disminuir la estancia media y conseguir un ahorro económico significativo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro centro, de referencia comarcal, dispone de 365 camas, atiende anualmente a 130.000 pacientes urgentes, da 22.000 altas hospitalarias de las cuales 2300 se dan en traumatología. Los criterios de inclusión en la TC son los pacientes tributarios de una ATR con patologías asociadas compensadas. Los objetivos propios de la TC se definen en la misma. La rehabilitación se inicia inmediatamente postintervención mediante una férula de Toronto. El estudio comparativo pre y post-implantación evaluó: estancia media, los reingresos, la movilidad en flexo-extensión y el coste económico, entre otros. Los datos, con un nivel de significación estadística ($P<0,05$), se trabajaron con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS:

En el primer periodo 2007 pre-TC se realizaron un total de 342 ATR, con una media de edad de 70 años y 253 (74%) mujeres. En el segundo periodo 2008 – 2010 post-TC se realizaron 820 ATR con una media de edad de 71 años y 555 mujeres (68%). En este segundo periodo, el indicador de implantación de la TC fue del 100%; el de adecuación en las variaciones fue del 3%; el de cumplimentación fue del 70%; y, el de adecuación en el cierre fue del 24% (sobre todo, por descompensación de su patología de base

en el 53%). Los resultados comparativos entre el primer y segundo periodo fueron, respectivamente: la media de estancia global con 6,2 y 5,4 días (P<0,0001); el 49% y el 83% estuvieron ≤ 5 días (P<0,0001); no hubo diferencias en la media de edad (P=NS), ni en los pesos relativos medios del GRD 3,5765 y 3,6434 (P=NS); disminuyó el número de mujeres intervenidas en 74,0% y 67,7% (P<0,03); los reingresos urgentes relacionados con la categoría diagnóstica mayor fueron del 0% y 0,9% (P=NS); los indicadores promedio de flexión fueron de 65º y 67º al alta, de 94º y 90º a los 10 días, y de 103º a 95º a los 2 meses (P=NS); la de infección de herida quirúrgica del 5% y 1 % (P<0,05); y, finalmente, el centro se ahorró 62 euros por día de estancia de cada ATR.

DISCUSIÓN:

Los indicadores de la TC han sido satisfactorios, si bien debemos mejorar en la cumplimentación y en el de cierre de la misma, asegurando la compensación previa de sus patologías de base y la prevención de una posible problemática social. Comparando ambos períodos pre-TC y post-TC, se ha mejorado significativamente la estancia media, la infección de la herida quirúrgica y el coste económico, manteniendo unos resultados de la flexión parecidos al alta.

C018.- PROGRAMA DE MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA EN GALICIA.

FACIO-VILLANUEVA A, ARANTÓN-AREOSA L, DOMÍNGUEZ-GONZÁLEZ N, CALVO-PÉREZ AI, LANZA-GÁNDARA M, SUAREZ-DOMÍNGUEZ M.

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Reorganizar la actividad asistencial en atención temprana en Galicia: - Reordenar los circuitos asistenciales de Atención Temprana. - Evaluar y homogeneizar los procedimientos de atención en las unidades hospitalarias de atención temprana existentes en la red sanitaria galega. - Evaluar y homogeneizar la cartera de servicios en todas las unidades de atención temprana en Galicia. - Integrar funcionalmente la atención temprana en el área de atención pediátrica, para la coordinación y mejora de la asistencia a niños y niñas de 0-3 años y de 0-6 años e incluso a partir de los 6 años. - Integrar asistencialmente la atención temprana, atención pediátrica y las unidades de rehabilitación. - Consolidar y reforzar los dispositivos existentes en el sistema sanitario para procurar una atención temprana integral y de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se establece un grupo de trabajo multidisciplinar (médicos rehabilitadores, pediatras, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda y trabajadora social) coordinado desde la Subdirección de Planificación Asistencial. La metodología de trabajo (participativa y centrada en el paciente), a través de la técnica de grupo nominal y la búsqueda de consenso, pretende diseñar y desarrollar de manera integral, el proceso asistencial integrado de atención temprana, de manera que garantice a la máxima equidad, accesibilidad y coordinación en términos de eficacia y eficiencia.

RESULTADOS:

Se ha diseñado el proceso asistencial integrado de atención temprana, reorganizado la actividad asistencial y la estructura de las propias unidades y equipos profesionales, de manera común y uniforme para toda la

comunidad autónoma, incluyendo: - Establecimiento de criterios de inclusión en el programa - Establecimiento de circuitos coordinados de actividad asistencial y administrativa. - Definición de la cartera de servicios - Estructura de las unidades y equipos profesionales. - Diseño del plan asistencial integral en tres áreas: valoración, terapéutica y socio-familiar. - Definición de los mecanismos de coordinación adecuados. - Definición de sistemas de información que faciliten la monitorización de la actividad. - Diseño de flujograma del proceso integrado. De toda la reorganización del proceso y estructura se ha hecho partícipe a todos los profesionales implicados, recogiendo e incorporando sus alegaciones.

DISCUSIÓN:

El desarrollo del proceso integrado de atención temprana, nos ha permitido la reordenación de las unidades hospitalarias de atención temprana y de los correspondientes circuitos asistenciales, uniformizando dichas estructuras asistenciales en toda la comunidad, como garantía de una atención más adecuada y cercana a los pacientes, evitando ineficiencias y asegurando una sistemática común en toda la comunidad.

Sesión de Comunicaciones I

Sala 3

Efectividad / Eficiencia

C019 – C027

C019.- REGISTRO DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GENERAL. APRENDER DE NUESTROS ERRORES.

SALGADO-ALVAREZ SA, VAZQUEZ-BOUZAN VB, TOSCANO-NOVELLA TN, LOZANO-GOMEZ LG, TOSCANO-BOVELLA TN.

HOSPITAL POVISA. VIGO.

OBJETIVOS:

El registro de complicaciones se puso en marcha en nuestro Servicio con el objetivo de mejorar la calidad asistencial de los pacientes quirúrgicos. El planteamiento autocrítico de las mismas nos permite establecer acciones de mejora tras su análisis colegiado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Registramos y analizamos las complicaciones en el periodo desde abril de 2010 hasta mayo de 2011. El registro de las complicaciones se realiza teniendo en cuenta: patología, sección a la que pertenecen, morbimortalidad, tipo de acceso (programado, urgente o urgente diferido) y tipo de complicación clasificada según la ``The Accordion Severety Grading System of Surgical Complications: Expanded Classification´´ . No se registran complicaciones infecciosas de herida quirúrgica ya que su control se realiza por una vía diferenciada, a través del Servicio de Preventiva.

RESULTADOS:

Hemos registrado 100 complicaciones sucesivas. Se han comunicado, además, como evento adverso un total de 9. En 30 de ellas se adoptaron acciones de mejora que motivaron sesiones en el servicio para revisar los temas en cuestión y en algunos casos, actualizar o promover nuevos protocolos o guías clínicas. Se dividen en 10 secciones con mayor incidencia en Coloproctología y Hepatobiliar. Resaltan como tipo de complicación las infecciones (21) y las hemorragias (18). Se reportaron 18 exitus. 75 complicaciones mayores y 6 menores. Fueron urgentes 30, diferidas 11 y no urgentes 59. Necesitaron reintervención 52 pacientes. Se expondrán detalladas en la clasificación ``The Accordion Severety Grading System of Surgical Complications: Expanded Classification´´ con la finalidad de poder compararnos con estándars internacionales.

DISCUSIÓN:

El registro y análisis de complicaciones es una herramienta útil y neceasaria para valorar y mejorar la calidad de la asistencia (Lo que no se puede medir no se puede mejorar). Es necesaria la implicación de todo el Servicio para su implantación. Constata los errores y ayuda a implementar acciones de mejora. Contribuye a la buena relación entre los miembros del Servicio.

C020.- HABLANDO EN PROSA SIN SABERLO: APLICACIÓN DEL PDCA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE ENDOFTALMITIS POSTQUIRÚRGICA.

CALDERÓN-MEZA JM, MONRROY-LOPEZ F, MARECA-DOÑATE R, PRIETO-ANDRES P, MINGUEZ-MURO E, AIBAR-REMÓN C.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Evaluar factibilidad y efectividad de diferentes medidas para prevenir la endoftalmitis tras cirugía de cataratas (EPCC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

En 1993, ante una incidencia acumulada (IA) elevada de EPCC, los Servicios de Oftalmología y Medicina Preventiva implantaron un sistema específico de vigilancia prospectiva (SEV), con la finalidad de poder evaluar la efectividad de las medidas para su prevención. El SEV incluye a todos los pacientes intervenidos de cataratas en el centro, desde el 1 de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 2010. Para cada EPCC se registran sistemáticamente datos generales del paciente, de la intervención y de la infección.

RESULTADOS:

El total de pacientes intervenidos durante estos años ha sido de 19.634. Hasta la implantación del SEV, la IA de EPCC era ligeramente superior al 1%. En el periodo 1994-2000 disminuyó notablemente, no superando hasta el 2000 el 0,5%. En 2001 se produjo un aumento que sobrepasaba valores de IA sugeridos por la bibliografía, dando origen a la elaboración del primer Protocolo de prevención de EPCC. Las medidas adoptadas han sido: -1993-2001: Mejoras en relación con estructura (adecuación del quirófano) y procesos (preparación prequirúrgica de pacientes y normas de asepsia quirúrgica). -2001: Elaboración del primer Protocolo de prevención de EPCC, en el que se incluían medidas basadas en la evidencia según bibliografía disponible, en relación con procedimientos previos al acto quirúrgico y en quirófano, para la preparación del paciente -2002: Primera modificación del Protocolo: cambio de normas de actuación del personal de enfermería, tanto en planta como en

quirófano, y elaboración de una hoja de información para el paciente. -2007: Nueva modificación del protocolo en función de nuevas evidencias y experiencias de otros centros, modificando la quimioprofilaxis (QP). -2008: Ultima modificación del protocolo, incluyendo excepciones para pacientes con alergia a betalactámicos. Tras la modificación de la QP en 2007, la tasa de incidencia acumulada de endoftalmitis ha ido descendiendo, alcanzando incluso la cifra del 0% en 2009.

DISCUSIÓN:

Como lecciones aprendidas a lo largo de estos años destacamos: - En casos de infecciones, afortunadamente poco frecuentes, como las EPCC, el estudio individualizado de los casos complementa la información que proporciona el SEV para tomar decisiones efectivas. - Mantener el mismo sistema de vigilancia, sin modificar criterios de diagnóstico de caso, proporciona una adecuada precisión a los datos disponibles. Sin embargo, puede suponer un sesgo de observación con un incremento de las cifras observadas. - Facilitar a clínicos y DUE información puntual sobre cifras de IA en función de las medidas implementadas, favorece su participación en actividades de prevención y en la comunicación de sospecha de nuevos casos. - El ciclo de Deming se ha mostrado como instrumento útil para implementar con rapidez modificaciones y evaluar su efectividad y factibilidad.

C021.- ESTUDIO DE EFICIENCIA ANALÍTICA Y CALIDAD EN EL LABORATORIO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGUNDA EXTRACCIÓN.

VICENTE-GUTIÉRREZ L, GÓMEZ-BIEDMA-GUTIÉRREZ S, ZAFRILLA-GARCÍA L, VERA-HERNÁNDEZ J, PONS-CASTILLO A, NAVARRO-CASADO L.

ÁREA FUNCIONAL DE GESTIÓN DE ALBACETE. ALBACETE.

OBJETIVOS:

Disminuir la tasa de informes incompletos que le llegan al médico peticionario. mediante la implantación de un protocolo de segunda extracción Aumentar la seguridad del paciente al evitar repetición innecesaria de citas médicas y retrasos de diagnóstico y/o de procedimientos clínicos. Mejorar la comunicación de dichos centros con el laboratorio para evaluar y gestionar problemas preanalíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras detectar la incidencia por falta de muestra adecuada para procesar pruebas de Bioquímica solicitadas, se activa un protocolo específico de comunicación con el punto de extracción de origen. Se procede al envío por Fax del petitorio junto con instrucciones precisas del tipo de muestra necesaria y normas de correcta identificación para solicitar el envío de nueva muestra.

RESULTADOS:

De las 273510 peticiones de bioquímica no urgentes solicitadas durante 2010 a los laboratorios, un 68.4% son extraídas en puntos de extracción de atención primaria y el resto en puntos de extracción de atención especializada. En un 0.27% no llegó a nuestro laboratorio la muestra adecuada. Tras la activación del protocolo de segunda extracción, se pudo completar el análisis bioquímico en un 43.9% de las peticiones con incidencia de ausencia de muestra enviadas desde atención primaria (porcentaje de recuperación). Se analizaron de forma individual 34 centros de extracción de primaria que cubren los dos hospitales. La tasa de incidencias (muestras no recibidas) en bioquímica de rutina fue de 4.0 cada mil muestras

(D.E.=4.5) y el porcentaje de recuperación medio tras aplicación del protocolo fue de 48.3% (D.E.=19.6).

DISCUSIÓN:

La activación de este protocolo ha permitido evaluar problemas preanalíticos en los centros de extracción periféricos y su variabilidad intercentros, mejorar la comunicación de dichos centros con el laboratorio y aumentar la eficiencia analítica por la mejora de la información analítica que recibe el médico peticionario. Este protocolo permite además aumentar la seguridad del paciente al evitar, en muchos casos, la repetición de citas médicas disminuyendo retrasos de diagnóstico y/o de procedimientos clínicos. El éxito de la aplicación de este protocolo ha impulsado a nuestro laboratorio a extenderlo a otras áreas. Creemos que el estudio temporal de los datos permitirá estimar su éxito en la disminución de la tasa de incidencias.

C022.- ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MATERIAL FUNGIBLE PARA LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

GONZÁLEZ-GIL A, EGEA-ROMERO MD, VIGUERAS-DELMANS F, MOLINA-MOLINA M, GADEA-SEBASTIÁ M, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

OBJETIVOS:

Valorar la diferencia en resultados clínicos y costo en la colecistectomía laparoscópica según se utilice material desechable o inventariable.

MATERIAL Y MÉTODOS:

GRUPOS DE ESTUDIO: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica en un Servicio de Cirugía entre enero del año 2000 y diciembre de 2010, estableciendo dos 2 grupos: Grupo A: Pacientes intervenidos por el grupo de cirujanos que están utilizando material inventariable; y Grupo B: Pacientes intervenidos por el grupo de cirujanos que utilizan material desechable. DEFINICIÓN DE CASO: Paciente al que se le ha practicado una colecistectomía laparoscópica, ya sea urgente o programada; que no hayan sido intervenidos de otra patología en la misma cirugía (hernia hiatal, eventración…etc); y en los que se que se ha rellenado los apartados correspondientes de la base de datos. TIPO DE ESTUDIO: retrospectivo FUENTE DE DATOS: Base de datos del Servicio de Cirugía y del Servicio de Suministros. TAMAÑO MUESTRAL: Universal (todos los casos) VARIABLES ANALIZADAS: Edad, sexo, IMC, tiempo quirúrgico, morbilidad (incidencias intra-operatorias y complicaciones post-operatorias inmediatas), mortalidad, estancia postoperatoria y coste del material utilizado.

RESULTADOS:

Se han intervenido 1108 pacientes, con una edad media de 51 años, de los cuales un 68% son mujeres (64,5% en el grupo A; 70,5% en el B). El IMC medio ha sido de 28,8. El tiempo quirúrgico medio ha sido de 52 minutos: 45 minutos en el grupo A; 56 minutos en el grupo B. Se han

presentado complicaciones de la cirugía en 33 pacientes (3%), de los cuales han fallecido 3 (0,3%). La estancia hospitalaria media postoperatoria ha sido de 2 días. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, IMC, complicaciones, mortalidad ni estancia hospitalaria. El tiempo quirúrgico en el grupo A ha sido menor que en el grupo B. El gasto medio en el año 2010 por intervención en los casos del grupo A ha sido de 60 euros (clips de titanio, amortización y re-esterilización de trocares y pincería) y en el grupo B ha sido de 1008 euros, lo que supone una diferencia de 948 euros por intervención.

DISCUSIÓN:

No se han hallado diferencias estadísticamente significativas al comparar entre ambos grupos complicaciones, mortalidad ni estancia postoperatoria. Si se ha apreciado un menor tiempo quirúrgico medio en el grupo que emplea trócares reutilizables. El costo total de estas 1108 intervenciones si se hubiese utilizado en todas ellas material desechable (a precio de 2010) habría sido de 1.050.384 euros, frente a 66.480 si se hubiese empleado material inventariable; no pudiendo encontrar por lo tanto razón para no emplear de forma sistemática equipo reutilizable para la realización de este tipo de cirugía.

C023.- ACTIVIDAD UROLÓGICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

BUSCA-OSTOLAZA P, ORTIZ-VILLACIAN E, CANCIO-FANLO M, ALBA-CORIA L, AGINAGA-BADIOLA JR, MARCELLAN-NARROS C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. SAN SEBASTIAN.

OBJETIVOS:

Análisis de la actividad urológica en el Servicio de Urgencias en un hospital de 3 nivel en base a los diagnósticos establecidos al alta del servicio tras la implantación de un acuerdo de relación entre los dos servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de 9.382 registros correspondientes a todos los pacientes atendidos a lo largo del 2.005 y 2.010 en nuestro Servicio de Urgencias y cuyo diagnóstico al alta fue: Infección Urinaria – Cólico Renal – Retención Urinaria – Hematuria – Pielonefritis y Orquiepididimitis. Se analizaron las siguientes variables número de interconsultas, número de citaciones en el Servicio de Urgencias - Diagnósticos de las mismas así como motivos de atención, realización de pruebas complementarias y destino de los pacientes junto con la estancia en Urgencias y las reatenciones.

RESULTADOS:

El número de atenciones en relación con los diagnósticos establecidos aumento un 15%. Esto fue constante para todas las patologías salvo para la Hematuria. El número de interconsultas pasó de 2.089 en el 2.009 a 1.078 en el 2.005 pasando de un 47,96 a un 21,4%. El número de citaciones paso de 285 a 21. Se realizo ecografía en el 2.005 a 756 mientras que en el 2.010 a 579 suponiendo una reducción del 23,4%. Los ingresos pasaron de 902 a 765 con una reducción del 15,2%. Los motivos de consulta más frecuentes en el 2005 fueron por orden de frecuencia el dolor lumbar o abdominal, problema con sonda y retención urinaria, fiebre y hematuria. En el 2010 los problemas con sonda y retención urinaria ocuparon el primer lugar seguido del dolor y la hematuria. La estancia

en el Servicio de Urgencias paso de 165 a 189 minutos. Las reatenciones se han mantenido por debajo del 7 %.

DISCUSIÓN:

Pese al aumento de las atenciones derivadas de patología urológica el número de interconsultas se ha reducido, no afectando al número de reatenciones. La patología relacionada con los problemas derivados de sondas urinarias ha aumentado siendo un área de mejora mediante la mejor formación en las técnicas de sondado. Los ingresos han disminuido por una mejor protocolización del proceso y una mayor utilización de observación en el proceso. La estancia ha aumentado de nuestros pacientes debido a la activación precoz y la pronta respuesta a las interconsultas del servicio de Urología en la situación previa.

C024.- HIERRO INTRAVENOSO COMO MEDIDA DE REDUCCIÓN DE EXPOSICIÓN A SANGRE ALOGÉNICA EN RELACIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

TITOS-ARCOS JC, VENTURA-LÓPEZ M, SORIA-ALEDO V, CARRILLO-ALCARÁZ A, ARRIBAS-DÍAZ B, IRANZO-FERNÁNDEZ MD.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Determinar si la administración de hierro III sacarosa intravenoso (FEIV) en el postoperatorio (PO) de pacientes intervenidos por cáncer colorrectal (CCR), como medida de reducción de exposición a sangre alogénica según protocolo establecido, es útil para disminuir el número de transfusiones y optimizar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional de pacientes sometidos a cirugía por CCR durante los años 2008, 2009 y 2010, tras la elaboración por la Comisión de Transfusiones de nuestro hospital de un protocolo de reducción de exposición a sangre alogénica en el ámbito quirúrgico. El diseño del estudio ha sido tipo caso-control apareados por edad (±3 años), género, tipo de intervención, estadiaje del tumor y abordaje quirúrgico. Variables registradas: sexo, edad, localización del tumor, estadio tumoral, tipo de intervención quirúrgica, abordaje quirúrgico, hematocrito (Hto) y hemoglobina (Hb) previa a la cirugía y al alta, número de transfusiones posteriores a la cirugía y dosis recibida de FEIV. Análisis estadístico: prueba Ji2 de Pearson o test exacto de Fisher y la T de Student o Mann Whitney, utilizando el programa informático SPSS versión 15.0.

RESULTADOS:

El número de pacientes sometidos a cirugía por CCR durante 3 años fue de 342, siendo seleccionados 104 apareados en 2 grupos de 52 pacientes (grupo 1 tratado con FEIV y grupo 2 sin FEIV), 33 hombres y 19 mujeres por grupo, con una edad media de 70,9 ± 11,1 años y 70,6 ± 10,9 años, respectivamente. La localización tumoral predominante en ambos grupos fue recto (25/22), colon izquierdo (15/17) y derecho (12/13), y el estadio

tumoral III en el 36,5% de los pacientes, 0 en un 26,9% y IV en un 13,5%. Destaca la intervención mediante resección anterior de recto en el 36,4% de los pacientes, colectomía izquierda en un 28,8% y colectomía derecha en un 21,2%. Un 92,3% de los pacientes fueron intervenidos mediante laparotomía y un 7,7% por laparoscopia. El valor preoperatorio medio de Hb fue de 12,3 ± 1,6g/dL (grupo 1) y 12,8 ± 1,9g/dL (grupo 2)(p=0,133), con un Hto medio de 36,8 ± 4,6% y 38,3 ± 5,3% (p=0,106), respectivamente. Al alta, el valor medio de Hb fue 10 ± 1,1g/dL (grupo 1) y 10,6 ± 1,2g/dL (grupo 2)(p=0,012) con un Hto medio de 29,6 ± 3,7% y 31,7 ± 3,8% (p=0,005), respectivamente. En cuanto a los requerimientos transfusionales en el PO, el número de transfusiones fue de 3 ± 1,6 (grupo 1) y 3,3 ± 3 (grupo 2)(p=0,682). Así, un 28,8% de los pacientes del grupo 1 fueron transfundíos frente a un 30,8% del grupo 2 (p=0,830). La dosis media de FEIV recibida por los pacientes del grupo 1 fue de 592 ± 445mg.

DISCUSIÓN:

La elaboración de un protocolo como medida de reducción de exposición a sangre alogénica en pacientes quirúrgicos y por tanto de mejora en la seguridad del paciente respecto a infecciones microbiológicas e inmunización, ha permitido reducir, aunque no significativamente, los requerimientos transfusionales en el PO de pacientes con anemia sometidos a cirugía por CCR.

C025.- CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. ¿HABLAMOS DE NÚMEROS?.

MIQUEL-GOMEZ AM, BARTOLOME-BENITO EB, SANCHEZ-PERRUCA LS, JIMENEZ-CARRAMIÑANA JJ, HERNANDEZ-PASCUAL MH, LOPEZ-ROMERO AL.

GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACION Y CALIDAD. MADRID.

OBJETIVOS:

Conocer la rentabilidad de la implantación de una aplicación que recoge el Cuadro de Mando de Atención Primaria (AP) de una Comunidad, a partir de una aproximación a su coste, al volumen de información gestionada y al uso que de la misma se hace, todo ello para garantizar eficiencia y mejora continua.

MATERIAL Y MÉTODOS:

eSOAP es una aplicación que comenzó en 2009. Recoge el Cuadro de Mando de AP de una Comunidad. Su diseño cumple requisitos de cuadro de mando según modelo Kaplan Norton. Dará información a 7720 profesionales, con diferentes niveles de visualización. Siguiendo la gestión de procesos, se han identificado dos que están promoviendo la mejora: Mejora continua y voz del usuario. Tiene como eje el Contrato Programa de Centro (CPC) elaborado con el referente del modelo EFQM y analiza cada indicador por dimensiones de calidad. Para este trabajo, se han identificado gastos directos. A 31 de diciembre se ha hecho un corte para identificar los datos que gestiona la aplicación y se ha realizado un corte de una semana (2-8 de junio/2011) para ver la utilización de los profesionales, por ser un periodo valle, asumiendo la limitación de estar en implantación (en octubre presentaremos datos actualizados).

RESULTADOS:

En 2010 consultaban 260 Directores de Centro. Se está haciendo un formación para dar de alta en el año a los profesionales de AP y puestos relevantes de las Direcciones Generales fuentes de información de la aplicación. Con el diseño seguido, se focaliza en resultados clave, satisfacción del cliente, accesibilidad, seguridad del paciente, responsabilidad social corporativa, desarrollo e

innovación, efectividad y eficiencia. El coste en soporte informático y mantenimiento (PowerBuilder Enterprise, Appeon Developer , Appeon Server) ha sido de 28.660 euros. Existen actualmente 15 fuentes de datos. Recoge 390 indicadores activos: Anexo:44, Indicadores incluidos en CPC: 104 e Indicadores no CPC incluidos en eSOAP:242 La información en indicadores CPC ha supuesto el cálculo de 164.628 datos. El 1 de mayo había 611 usuarios, a 8 de junio 1076 (14% de usuarios). En la semana del 2 al 8 de junio se han realizado 310 accesos distintos (30% de usuarios actuales). Informes más consultados: 40% seguimiento CPC, 36,5% seguridad y efectividad, 36% población, 29% actividad, 26% informe de evaluación de cartera, 20% presupuestarios, 19% informes de farmacia, 18% datos de agenda, 18% informes de planes de cuidados y 17% de IT. Para facilitar la mejora se ha creado un grupo asesor que representa a los profesionales y un buzón de sugerencias.

DISCUSIÓN:

eSOAP es una aplicación generada fundamentalmente con recursos internos. Permite informar a un porcentaje elevado de profesionales. Estando en fase de implantación, está generando un alto interés de consulta y son variados los informes consultados que confirma la variabilidad del perfil de consultores y el amplio interés despertado. La mejora continua se ha reforzado con la participación del usuario.

C026.- VARIABILIDAD INTERHOSPITALARIA EN LA APLICACIÓN DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES EPOC Y ACIDOSIS RESPIRATORIA.

RÓDENAS-CHECA J, CARRILLO-ALCARAZ A, MENCHON-MARTINEZ P, PICAZO-CORDOBA R, ANDUJAR-ESPINOSA R, SANCHEZ-NIETO JM.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar la utilización de la Ventilación No Invasiva (VNI) en pacientes ingresados por EPOC e insuficiencia respiratoria aguda, mediante auditoría clínica en cuatro hospitales regionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Audit. Clínico: Evaluación retrospectiva de calidad del proceso de VNI mediante revisión y análisis de documentación clínica. Ámbito: multicéntrico, 4 hospitales públicos pertenecientes al Servicio Murciano de Salud. Diagnóstico principal CIE-9 MC: 491.21, 492.8, 493.22 y 494.1 o como diagnóstico secundario; que cumplen criterios selección: EPOC exacerbada con acidosis respiratoria (ph<7.35). Variables: clínicas, plan fracaso VNI, especialidad médica, lugar de aplicación, lugar de ingreso, Gasometria arterial (GA), modo ventilatorio, interfaz, órdenes tratamiento, monitorizacion, duración de VNI, éxito técnica, VNI domiciliaria, plan alternativo ante fracaso VNI. GA previa a instauracion VNI. GA control, éxito de VNI (evitación intubación y estar vivo al alta), días estancia hospitalaria, duración VNI. Análisis estadístico: variables cuantitativas expresadas como media ± desviación estándar y %, cualitativas como porcentajes. Comparación entre variables cualitativas: Chi cuadrado Pearson. Comparación entre variables cuantitativas y cualitativas: ANOVA. SPSS versión 15.0 Windows.

RESULTADOS:

Durante el año 2009 se identifican 181 pacientes que reciben VNI, 157 varones (86.7%), edad 71.4±9.4 años. Ph previo al inicio de VNI: Ph<7.35: 86.7%, Ph>7.35: 12.7% y un caso sin gases previos. Servicio que indica la VNI: 39.8% UCI, 34.8% Neumología, 2.2% Medicina Interna, 23.2% urgencias. La VNI se inició 24.9% en UCI,

21% en planta neumología, 4.4% medicina interna, 48.1% urgencias y 1.7% otro servicio. Análisis por hospitales existen diferencias significativas en dieciséis de 24 variables medidas. Especialmente: GA al inicio VNI: hospital A: 95.7%, hospital B: 39.1%, hospital C: 93.7%, hospital D:80%; p<0.001. GA control: hospital A: 26.1%, hospital B: 43.8%, hospital C: 50.6%; hospital D:13.3% ;p<0.001. órdenes tratamiento: hospital A: 17.4%, hospital B: 95.3%, hospital C: 29.1%, hospital D: 53.3%; p<0.001. Monitorización SpO2: hospital A: 53.8%, hospital B: 74%, hospital C: 45%; hospital D: 0; p<0.001. existencia plan alternativo a fracaso VNI: hospital A: 21.7%, hospital B 85,9%, hospital C: 27.8%; hospital D: 0; p<0.001. Dias duración VNI: hospital A: 6.3± 5.1, hospital B: 4.9 ± 4.2, hospital C:6.4±7.2; hospital D: 2.2±0.7: ;p=0.021. Indicación VNI domiciliaria: hospital A: 68.4%, hospital B: 62.1%, hospital C: 75.9% y hospital D: 50%; p=0.149. Éxito VNI: hospital A: 82.6%, hospital B: 93.8%, hospital C: 94.9%; hospital D: 80% ;p=0.084.

DISCUSIÓN:

1ª. La aplicación de la VNI en la población analizada, muestra una gran variabilidad interhospitalaria en la mayoría de variables analizadas. 2ª. A pesar evidencia existente sobre la eficacia de la VNI en la EPOC exacerbada con acidosis respiratoria más de la mitad de pacientes no se benefician de este tratamiento.

C027.- EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN TEMPRANA EN MARRUECOS UTILIZANDO ESTÁNDARES INTERNACIONALES.

AMRANI S, TEJERO-GONZÁLEZ JM, EL MAIL R, ABEJÓN-HERRERO R, CARPIO-DE LOS PINOS C, DE LAS HERAS-MINGUEZ G.

UCLM. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones en un centro de atención temprana en Marruecos - Aplicar estándares de calidad de la atención temprana, elaborados por la Fundación Avedis Donabedian, en un contexto sociocultural diferente. - Validar la metodología de intervención propuesta para el contexto español en el ámbito magrebí - Aplicar la gestión por procesos y la metodología de mejora continua de la calidad (PDCA) a la atención temprana.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde 2004, con financiación de la cooperación internacional española, mediante la colaboración de profesionales españoles y marroquíes se mantienen dos equipos de atención temprana en Tetuán (Marruecos). La colaboración desinteresada de la Fundación Avedis Donabedian (FAD) permitió una evaluación externa aplicando los estándares de calidad utilizados para la evaluación de los centros de atención temprana de la Generalitat de Cataluña. Se presentan las acciones de mejora implementadas en el centro de atención temprana, y el impacto de esas acciones de mejora medido mediante los indicadores elaborados por el equipo de profesionales, aplicando la metodología de gestión por procesos, y dentro del proyecto de coopeación interuniversitaria entre la Universidad de Castilla - La Mancha (UCLM) y la Unversidad Abdelmalik Essaâdi de Tetuán, con la participación de las Asociaciones HANAN y APATCAM. Estudio longitudinal de investigación evaluativa, midiendo el impacto de las acciones de mejora, propuestos por los evaluadores externos de la FAD.

RESULTADOS:

El "cuadro de mandos" del Equipo de Atención Temprana incluye indicadores de actividad, de resultados en términos de autonomía personal, nivel de desarrollo y conducta adaptativa de los niños y niñas atendidos, calidad de vida de las familias atendidas. Se presentan los resultados de comparar el antes y el después de la implementación de las acciones de mejora propuestos por la evaluación externa.

DISCUSIÓN:

En la atención sanitaria hospitalaria existe suficiente consenso sobre la validez de estándares internacionales de calidad (Joint Commision International). La atención temprana ("early intervention") se ha mostrado como una metodología adecuada para prevenir o paliar las consencuencias de la discapacidad en niños y niñas de 0 a 6 años, en España (Grupo de Atención Temprana) e internacionalmente (International Society of Early Intervention). En este proyecto de cooperación internacional, mediante la alianza de la UCLM la U.A.E. de Tetuán, APATCAM y HANAN, con financiación de la AECID (PCI) se han utilizado esos estándares para la mejora de la atención, en un contexto sociocultural tan diverso como el Magreb (Fundación Avedis Donabedian). Los resultados muestran qué sí es posible aplicar la metodología de intervención y medir adecuadamente su eficiencia, lo que permitiría, en el futuro, llegar a consensuar estándares de calidad de la atención temprana internacionales, como ya existen en la atención hospitalaria.

Sesión de Comunicaciones I

Sala 4

Procesos

C028 – C036

C028.- IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN CENTROS DE SALUD MENTAL.

OLMOS-VILLAPLANA E*, MARTIN-GARCÍA-SANCHO JC, CELDRÁN-LORENTE J, MARTÍNEZ-SERRANO J.

CENTRO DE SALUD MENTAL. LORCA.

OBJETIVOS:

El Plan Regional de Salud Mental 2009-2011 en su línea de actuación dedicada al Programa de Adultos establece, entre otras actividades, el desarrollo del proceso Trastorno Mental Grave (TMG) en todos los Centros de Salud Mental (CSM), así como la implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el tratamiento de la Esquizofrenia en los mismos. General: Elaborar el Proceso TMG en un CSM, recogiendo las recomendaciones formuladas en la GPC para el tratamiento de la Esquizofrenia en CSM de la Región de Murcia, aceptada por Guía Salud y elaborada atendiendo a las directrices de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Específicos: 1. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención al paciente con esquizofrenia. 2. Adoptar un enfoque multiprofesional, facilitando la comunicación entre profesionales y la toma de decisiones. 3. Garantizar la continuidad de cuidados a través de procesos de coordinación y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Aplicación de la metodología de gestión por procesos a la organización asistencial de los trastornos psicóticos en un CSM. Elaboración del mapa de procesos, identificando y desarrollando los procesos clave.

RESULTADOS:

1º Implementación efectiva de la Guía en la práctica asistencial de un CSM a través de un Programa diseñado por procesos, acotando mediante criterios de inclusión/exclusión la población objeto de intervención, configurando el equipo de intervención perteneciente a diversas disciplinas y estableciendo las principales intervenciones por profesional, proceso y fase de la enfermedad , entre otras actuaciones. 2º Elaboración,

como eje central del Proceso TMG, del Plan de Actuación Coordinada (PAC) -individual para cada paciente- realizado en base a las necesidades detectadas en el paciente y su familia por el equipo. En torno al PAC y otros procesos de seguimiento y derivación, se articula la continuidad de cuidados designando a un responsable del mismo. 3º Desarrollo de un proceso de derivación/coordinación con la Unidad de Rehabilitación 4º Creación de una base de datos clínicos y sociales que permite la evaluación del programa a través de indicadores.

DISCUSIÓN:

La metodología de gestión por procesos es útil para organizar programas asistenciales en los CSM. Contribuye a disminuir la variabilidad en la práctica clínica al eliminar actuaciones innecesarias que no aportan valor o son redundantes. Facilita las decisiones clínicas de los profesionales, al quedar establecido el contenido de su intervención en cada proceso identificado y según la fase de la enfermedad atendiendo a las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible recogidas en la Guía. Se trata del primer proceso diseñado en nuestra región para la atención integral de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico desde los CSM. Se ha propuesto como modelo, a partir del cual otros CSM elaboren sus propios procesos.

C029.- DISEÑO E IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL: CATETER DE DIALISIS PERITONEAL.

AROCENA-CEDRON MG, GARCIA-ERAUZKIN G, LAMIQUIZ-VALLEJO A, PRIETO-CALVO M, REBOLLO-GARCIA AM, COLINA-ALONSO A.

HOSPITAL DE CRUCES. BARAKALDO.

OBJETIVOS:

Conseguir un producto final con la mayor eficacia y efectividad y que aporte satisfacción al paciente, dentro de la Mejora Continua que nos hemos propuesto para nuestros Procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el último año hemos tenido una demanda creciente por parte del Servicio de Nefrología, de colocación de catéter de diálisis peritoneal (n=28) y la constancia de demora >20 días entre la indicación por parte de Nefrología y la cirugía. Decidimos evaluar todo el circuito del Proceso, creando un Equipo de Proceso constituído por un nefrólogo que canalizara todas las indicaciones de colocación de catéter y un cirujano responsable del Procedimiento; vimos que el paciente pasaba por 3 consultas médicas (Nefrología, Cirugía y Anestesia) previa cita, hasta hacer su entrada en lista de espera quirúrgica, lo que explicaba la demora. Se creó una Ficha del Proceso y un Diagrama de Flujo con el consenso del Servicio de Anestesia y de la Supervisión de Enfermería de Diálisis Peritoneal.

RESULTADOS:

1) Hemos eliminado la consulta de Cirugía 2) Hemos reducido el intervalo de tiempo desde que se rellena la hoja de inclusión en lista de espera hasta que llega a la Secretaría de Cirugía 3) Se ha aprovechado el recurso de la consulta de alta resolución del Servicio de Anestesia 4) Se ha reducido el tiempo de espera quirúrgico en 8-10 días.

DISCUSIÓN:

a) La autoevaluación periódica de nuestros Procesos son una oportunidad para su Mejora b) La creación de Equipos de Proceso con participación del personal implicado, ayuda

a eliminar ineficiencias y contribuye a la satisfacción del cliente interno y externo.

C030.- GESTIÓN POR PROCESOS EN EL ÁREA V DE SALUD "UTOPÍA O REALIDAD".

CASTILLO-GÓMEZ C, GONZÁLEZ-MORO-PRATS LJ, ARNAU-ALFONSO JJ.

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. YECLA.

OBJETIVOS:

En enero del 2005 comenzamos un proyecto que suponía grandes cambios en nuestra forma de gestionar: implantar una gestión sanitaria conjunta Primaria/Hospitalaria, mediante una coordinación de la atención ya sea a demanda, urgente y/o domiciliaria, así como la prevención, promoción y mantenimiento de la salud. La Gestión por Proceso ha sido una herramienta básica, siendo el instrumento facilitador de la continuidad asistencial/continuidad de cuidados, con la creación del grupo "Gestión del Cambio" como herramienta para el impulso y desarrollo del enfoque a procesos alineados con la política y estrategia de nuestra organización. 1 Desarrollar un plan de formación específico en Procesos para todos los profesionales 2 Diseño y desarrollo del "Inventario de Procesos del Área V" focalizado en las necesidades y expectativas de los pacientes. 3 Implantar una asistencia transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras realizar la primera autoevaluación se crea el grupo de trabajo "Mejora de Procesos" en enero del 2009, liderado por la Unidad de Calidad convirtiéndose este grupo en el motor inductor del cambio. Se realiza cronograma de reuniones con objeto de realizar un plan de acción que contemple a corto, medio y largo plazo, procesos claves a desarrollar y adaptación de los procesos corporativos. Se diseña Diagrama de Gant con los responsables y las actividades. Se diseña plan específico de formación en procesos (enero 2009 a junio 2010).

RESULTADOS:

1.-Se han desarrollado cuatro cursos de Gestión por Procesos, donde se han formado más de cien profesionales 2.-La Organización evidencia una clara orientación a la Gestión por Proceso, focalizada en las necesidades de los pacientes y en el desarrollo de las políticas y estrategias,

estando implantados los ocho Procesos Corporativos y doce Procesos Claves (gestión de cuidados, asma infantil, obesidad, paciente crítico …) 3.-La interrelación de los procesos de Atención Primaria / Hospitalaria / Urgencias / Consultas Externas, en consonancia con la Misión y Visión, es una realidad a través del seguimiento y análisis de indicadores de impacto diseñados para cada Proceso Clave (fichas de seguimiento), apoyándose dicho sistema en una herramienta informática disponible para todo el personal del Área.

DISCUSIÓN:

El desarrollo de la gestión por procesos avala la "continuidad asistencial" que en definitiva es concebir la actividad asistencial de un modo transversal, basando nuestra gestión en la normalización en base a la mejor evidencia, monitorización con indicadores de impacto y reducción de la variabilidad. Gracias a este proyecto hemos obtenido el Sello de Excelencia Europea 300+.

C031.- ACTUACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN ANTE UNA DESVIACIÓN DE TEMPERATURA EN UN ÁREA DE ENSAYOS CLÍNICOS.

DE AMURIZA-CHICHARRO N*, GASTALVER-MARTIN C, GOYACHE-GOÑI MP, CORTIJO-CASCAJARES S, CABIDO-RAÑAL MC, HERREROS DE TEJADA-LOPEZ-COTERILLA A.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID.

OBJETIVOS:

Evaluar el tiempo de respuesta de los promotores y el tiempo de dedicación del farmacéutico ante una desviación mayor y puntual de temperatura, así como su repercusión en el tratamiento de los pacientes -Implantar un protocolo sistematizado de actuación y comunicación rápida al promotor ante una posible desviación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se detectó una desviación de temperatura ambiente en el área de gestión de muestras de ensayos clínicos. Tuvo una duración de 40 horas y no sobrepasó los 25,9ºC, siendo el máximo permitido 25ºC. Se identificaron los protocolos que incluyen muestras de conservación a temperatura ambiente, y de ellos los medicamentos que deben almacenarse a temperatura ≤25ºC. Se revisó la información recogida en los protocolos, fichas técnicas y etiquetado de los mismos, se pusieron en cuarentena los fármacos y se procedió a informar la desviación a cada uno de los promotores utilizando el correo electrónico como herramienta de comunicación.

RESULTADOS:

Se consideró que un total de 45 muestras, pertenecientes a 36 ensayos clínicos, con una temperatura de conservación inferior a 25ºC podrían haberse afectado. En el 75,5% de los fármacos se recibió la confirmación por parte del promotor de su idoneidad de uso. Cuatro fármacos fueron calificados como no aptos por parte del promotor, procediéndose a su devolución. En el 34,2% de los ensayos, la respuesta sobre la idoneidad de los fármacos para su utilización se produjo en el mismo día en que se comunicó a los promotores, en el 28,9% la respuesta no se produjo hasta un día después y en el

26,3% tardó 2-10 días. El tiempo de respuesta fue superior a 14 días para 2 fármacos, y 30 días para otros 2. 40 días después de la desviación de temperatura, 7 fármacos siguen en cuarentena a la espera de respuesta. Un mismo fármaco fue clasificado como apto para su uso por 2 promotores, y no apto por el promotor de otro ensayo. Un fármaco se observó que estaba etiquetado como conservación ≤25ºC cuando el protocolo indica ≤30ºC. A 4 pacientes se retrasó la dispensación. Se elaboró un protocolo en el cual se clasificaron los fármacos de ensayo en tres bloques en función de su temperatura de conservación: ≤25ºC, ≤30ºC y conservación en frío. Se actualizaron los correos electrónicos del promotor y se agruparon en estos tres bloques. Este protocolo se regulariza con cualquier cambio de monitor o promotor, o de conservación. Para la resolución de este problema el tiempo estimado de 2 farmacéuticos fue de 25 horas.

DISCUSIÓN:

Pudimos comprobar que la respuesta de los promotores ante un desvío de temperatura es a veces lenta y contradictoria, pudiendo retrasar o interferir en el tratamiento de los pacientes. La protocolización de la actuación en caso una desviación de temperatura fuera de rango en un área de ensayos clínicos puede agilizar la comunicación a los promotores, proporcionando una mejora en la calidad asistencial prestada por el Servicio de Farmacia.

C032.- PROCESO ESTRATÉGICO DE COORDINACIÓN DE LA SEGURIDAD GLOBAL HOSPITALARIA: COMITÉ DE SEGURIDAD, SUBPROCESOS E INDICADORES.

ALOY-DUCH A, SABATER-RAGA R, BOTTA-SANTASUANA M, RODRÍGUEZ-SADURNÍ J, BADIA-PÉREZ JM, LUNA-SÁNCHEZ JL.

HOSPITAL GENERAL. GRANOLLERS (BARCELONA).

OBJETIVOS:

Describir la elaboración, difusión, implantación y revisión del proceso estratégico de coordinación de la seguridad institucional global hospitalaria asistencial y no asistencial: comité de seguridad (CS), subprocesos, indicadores y acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro hospital, de referencia comarcal, dispone de 365 camas y en él trabajan 1600 profesionales. A partir del Plan Estratégico-2007-2012 basado en la Gestión de Calidad Total y en el contexto de la implantación de la Gestión por Procesos (criterio 5-EFQM), se desarrolló el Proceso de Seguridad Institucional (PSI), tanto asistencial como no asistencial: 1º) se creó el CS del centro, con sus responsables y objetivos; 2º) se elaboró la documentación del PSI (misión, objetivos estratégicos, responsabilidad y el mapa de subprocesos); 3º) se constituyeron las comisiones asesoras de trabajo interdisciplinarias; 4º) se agruparon los indicadores de seguridad, ya existentes, en un cuadro de mando; 5º) se trabajó el programa de notificación de efectos adversos; 6º) se propusieron acciones de mejora sobre los resultados obtenidos; 7º) se establecieron alianzas con otras instituciones.

RESULTADOS:

El comité de seguridad, de características ejecutivas y como subgrupo de la Comisión Central de Calidad, se reúne cada 15 días y está formado por los subdirectores de cada dirección, coordinado por la de Calidad; su misión consiste en promover una política estratégica de seguridad de forma coordinada y global. Los subprocesos son: a) la seguridad asistencial, la de pacientes (SGP), la quirúrgica (SQ), el control de la infección nosocomial (SCIN) y la derivada de las comisiones (SC), constituyéndose en la

Comisión de Seguridad Asistencial; y, b) la seguridad no asistencial, que incluye la patrimonial (SP), la de seguridad y salud de profesionales (SSP), y la seguridad de datos (SD) constituyéndose en la comisión de seguridad no asistencial de "personas, estructuras y datos". Se elaboró un programa propio de notificación de efectos adversos: anónimo, indirecto y confidencial. Se propusieron acciones de mejora sobre los resultados obtenidos en todos los subprocesos descritos. Se establecieron alianzas con otras instituciones: alianza para la seguridad de pacientes y departamento de salud de la comunidad mediante el contrato gestión. El cuadro de mando está constituido por los indicadores principales de cada subproceso y los ejemplos de cada grupo de resultados se describirán en el congreso.

DISCUSIÓN:

Enfocar la coordinación de la seguridad institucional como un proyecto conjunto aplicando la gestión por procesos permite, a partir de los responsables asignados, desarrollar los objetivos, los subprocesos, los indicadores y las acciones de mejora, y considerarla un proceso estratégico global de la institución, hecho que nos ha de permitir desarrollar una política común, homogénea y más eficiente, sea en el ámbito asistencial como en el no asistencial.

C033.- REVISIÓN, DIFUSIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL COMO INSTRUMENTO EN SEGURIDAD CLÍNICA.

GABARI-MACHÍN M, MENDIZÁBAL-LARRAÑAGA M, AZCARGORTA-ERIZ L, URIBARREN-DOMÍNGUEZ A, SERVIDE-GARCÍA S, ALTUNA-ARRIOLA E.

HOSPITAL ALTO DEBA. OSAKIDETZA. ARRASATE-MONDRAGÓN.

OBJETIVOS:

El Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Relacionada con la Atención Sanitaria (PVPCIN) del Hospital Alto Deba, incluye como indicador la revisión, difusión y evaluación de al menos un protocolo anual. El año 2011, coincidiendo con la adhesión de nuestro centro a la línea de seguridad Prevención de la infección urinaria asociada a catéter dentro de la Campaña de Reducción de 10.000 eventos adversos de Osakidetza se decide trabajar en esta área. Los objetivos son: Actualizar el procedimiento de inserción y mantenimiento del sondaje vesical y formar a los profesionales. Valorar en la práctica clínica la adherencia al nuevo protocolo y la repercusión en los resultados de infección asociada a este dispositivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En enero de 2010, se crea el grupo de trabajo encargado de hacer la actualización del protocolo. Está formado por 5 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería y 1 médico. La selección de las personas se hace con la participación de la Dirección de enfermería, la Unidad de Formación y varias Supervisoras de Enfermería. A partir del protocolo existente y de la última evidencia científica sobre el tema se elabora la nueva documentación. Se han realizado cuatro reuniones de grupo. Finalizado el proceso de revisión, se programa la sesión formativa para su difusión entre los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería. En el segundo semestre del año, se evaluarán los objetivos propuestos en la actividad asistencial.

RESULTADOS:

El material elaborado ha consistido en: el protocolo de Sondaje vesical, una Encuesta de conocimientos de Sondaje vesical, una Lista de verificación de Sondaje vesical y una Hoja informativa con las Recomendaciones

para pacientes y familiares sobre el manejo de la sonda vesical. Toda la documentación se ha presentado en la Comisión de Infecciones antes de su difusión. En junio una enfermera y una auxiliar de enfermería del grupo de trabajo realizan la formación en el hospital. En el segundo semestre del año, tras la puesta en marcha del procedimiento se analizan los objetivos definidos: adhesión al procedimiento ≥90%, tasa de infección (DI) asociada con el sondaje vesical ≤7,5 infecciones por 1000 catéter-días, porcentaje de infección (IA) asociado con el sondaje vesical ≤3%.

DISCUSIÓN:

Nuestro hospital no ha presentado hasta el momento unas tasas altas de infección asociada a sondaje urinario. No obstante, se estima que el 17% a 69% de estas infecciones son prevenibles. La revisión de los protocolos y procedimientos son una herramienta de mejora continua en la seguridad clínica. Los objetivos propuestos en este trabajo son exigentes, la finalidad es contar con buenas prácticas clínicas en nuestro hospital. El trabajo en equipo desarrollado ha resultado muy beneficioso. Esta metodología se puede aplicar a otros procedimientos asistenciales.

C034.- MEJORAS EN LA GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA RÁPIDA PARA EL CCR.

LORES-AGUIN ML, PENA-ALVAREZ C, COVELA-RUA M, CADAVIZ-VIEITEZ L, LARIÑO-NOIA S, TRONCOSO-SUAREZ A.

COMPLEXO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. PONTEVEDRA.

OBJETIVOS:

Evaluar la influencia de la implantación de una Vía Rápida (VR) en los indicadores de gestión del proceso asistencial del CCR.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En abril de 2008 se implanta en nuestra Área Sanitaria una VR para pacientes con alta sospecha clínica de CCR y, de forma simultánea, un comité multidisciplinar (CM) para el CCR. Se informa a los profesionales, tanto de los criterios para inclusión de pacientes en la VR (síntomas y signos de alta sospecha) como de la forma de acceso de éstos. En este estudio se realiza una valoración comparativa de pacientes (n=122) diagnosticados por primera vez de CCR en el segundo semestre de 2007 y los diagnosticados de CCR en el segundo semestre de 2008. Valoramos las demoras de los pacientes, para la primera consulta, el diagnóstico y el inicio del tratamiento y su estancia media para diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS:

Pacientes año 2007 (n=58) 38 hombres/20 mujeres. Edad media, 72,6 años. Año 2008 (n=64) 41 hombres y 23 mujeres. Edad media, 72,9 años Pacientes de VR (n=17) 12 hombres y 5 mujeres. Edad media, 75,2 años. La proporción de pacientes con estadios III y IV al diagnóstico fue similar en los 2 grupos (49,9% de pacientes en 2007 y 48,5% en 2008) y en el grupo de VR (48,7%) El Diagnóstico se realiza con ingreso en el 60% de los pacientes en 2007, frente a un 22% en 2008 y en ninguno de los pacientes de VR. La estancia media pasa de 22,7 días en 2007 a 16,8 días en 2008. La demora entre el inicio de los síntomas y la primera consulta es alta en ambos períodos y apenas se modifica, pasa de 108 a 104 días y la demora entre la 1ª consulta y el diagnóstico

patológico pasa de 25 a 21 días (6,6 días en el grupo de pacientes de VR) La demora entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento es de 17 días en ambos grupos. La neoplasia se localiza en recto medio y bajo en un 20% de los pacientes que no se incluyen por VR frente a un 53% de pacientes del grupo de VR, lo que parece apoyar la necesidad de circuitos rápidos de diagnóstico de forma especial en estos pacientes.

DISCUSIÓN:

El CCR es una neoplasia relevante por su frecuencia y morbimortalidad. Una proporción importante de enfermos acude en estadios avanzados, por causas debidas al propio paciente y al sistema sanitario. Nuestros resultados apoyan la necesidad de cambios en la gestión de este proceso, con implantación de VR de diagnóstico y comités para manejo multidisciplinar, medidas esenciales para disminuir demoras e incrementar la eficiencia y la calidad asistencial.

C035.- ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS DEL HOSPITAL.

LATORRE-GUISASOLA M, BILBAO-UNIBASO I, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, SAN SEBASTIÁN-DOMÍNGUEZ JA, LLAMAS-HERMOSILLA AM.

HOSPITAL DE CRUCES. BARAKALDO.

OBJETIVOS:

Describir las fases de diseño, implantación y mejora de la metodología de gestión de procesos en los equipos asistenciales del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Se diseña una actividad formativa que motive a participar en equipos asistenciales (acreditada y dirigida a equipos compuestos por facultativ@s, enfermer@s, auxiliares de enfermería, administrativ@s y, en su caso, celador@s) cuyo objetivo es la elaboración de la ficha del proceso asistencial. 2. Al finalizar esta actividad se propone implantar el proceso diseñado en la fase anterior. Para ello, se presentan los objetivos, las condiciones y un calendario de trabajo de un año de duración. 3. Al finalizar la implantación, y tras un tiempo de seguimiento y medición de los indicadores del proceso, se propone la realización de una auditoría (tercera fase). 4. El equipo de la Unidad de Calidad tiene capacidad de apoyar con herramientas de gestión, elaboración de bases de datos y análisis de resultados.

RESULTADOS:

1. La actividad formativa se viene realizando desde el año 2009. Se han formado nueve equipos (Farmacia, Hospitalización a Domicilio, Cirugía General, UCI, Microbiología, la Unidad de Lesionados Medulares, Medicina Interna, Cirugía Vascular, Neurología y la UCI pediátrica) 2. Dos de estos equipos (Medicina Interna y la Unidad de Lesionados Medulares) se han decidido a implantar el proceso (terminará la implantación a finales de este año). 3. En 2012 se realizará una auditoría interna de la gestión, implantación y mejora del proceso a los equipos que finalicen la implantación. 4. La actividad

formativa ha sido muy bien valorada en las encuestas de satisfacción.

DISCUSIÓN:

1. El diseño de un proyecto de cambio de conducta requiere tiempo y estrategia. 2. La estructura diseñada en fases permite a los equipos visualizar la complejidad global del proyecto y gestionar el cambio en función de sus diferentes realidades (tiempo, personas, objetivos,…). 3. Es muy importante diseñar la estrategia dirigida a equipos multidisciplinares (equipos que actúan de manera coordinada en la actividad diaria).

C036.- INGRESO MISMO DÍA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

MEJON-BERGES R, JOVE-RIERA A, ARMENGOL-CARRASCO M, SOTIL-ITURMENDI JA, MARTINEZ-JIMENEZ M, MARTINEZ-IBAÑEZ V.

HOSPITAL VALL HEBRON. BARCELONA.

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es reducir el tiempo de la estancia prequirúrgica para mejorar la calidad de la atención de los pacientes y la optimización de los recursos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.Se analizaron todos los procedimientos quirúrgicos por especialidad y se elaboraron unos criterios de selección de pacientes tributarios del ingreso el mismo día de la intervención. 2.Se diseñó el circuito específico unificado para los tres bloques quirúrgicos desde su inicio en las consultas externas hasta el momento de la intervención: Información escrita para el paciente explicando el tipo de procedimiento y preparación previa antes del ingreso y el día del ingreso, así como el tipo de pruebas preoperatorias, hoja de prescripción para que el paciente escriba la medicación que toma. Nuevas normas de programación quirúrgica para recordar la hora del ingreso y la preparación en el domicilio. Reorganizar la admisión de pacientes para que sea segura: reserva de cama y cambio de horario. Nuevo protocolo de acogida y preparación del paciente y un check list quirúrgico en planta. Revisión del circuito de reserva de sangre. 3. Se consensuaron protocolos específicos médicos, de enfermería y administrativos para dichos pacientes.

RESULTADOS:

Se inició el proyecto el mes de abril de 2011.Los resultados han sido los siguientes: Año 2010: ingresos el mismo día 22,31%. Año 2011: Enero: 21,22%. Febrero: 20,63%. Marzo: 25,85%. Abril: 33,56%. Mayo:38,41%.

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos muestran una tendencia de incremento en el número de ingresos el mismo día de la

intervención. Se irá consolidando en los próximos meses como consecuencia de la adaptación de los profesionales al nuevo circuito y la introducción de mejoras en los protocolos de preparación de los pacientes más complejos. La implantación de este nuevo modelo implica una mejora en la atención del paciente, reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria y, por tanto, aumentando su confort. Asimismo se reduce la variabilidad del manejo del paciente quirúrgico y ayuda a mejorar la gestión, consiguiendo una mayor satisfacción de pacientes y profesionales con el máximo nivel de equidad, seguridad y eficiencia. La participación e implicación de profesionales en proyectos de gestión sigue siendo clave en las organizaciones para poder unificar esfuerzos hacia el éxito y poder avanzar en el camino de la excelencia y la innovación.

Sesión de Comunicaciones I

Sala Clares

Seguridad I

C037 – C045

C037.- ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST EN EL PROCESO DEL INGRESO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

AGINAGA-BADIOLA JR, UNANUE-RODRIGUEZ S, OLASAGASTI-HERRERO J, LARRAÑAGA-ARAMBURU J, LANDA-JAUREGUI J, MENDAZA A.

HOSPITAL DONOSTIA. DONOSTIA.

OBJETIVOS:

INTRODUCCION: El uso de listados de verificación o checklist permiten mejorar la seguridad del paciente y reducir los efectos adversos asociados al proceso; son sistemas que aseguran una mayor calidad en la atención y el cumplimiento de las condiciones previas a una acción o procedimiento. Del análisis de las quejas, reclamaciones e incidencias y de la encuesta de satisfacción realizada en Diciembre/2009 al personal de las plantas de hospitalización del Hospital se detectaron posibles áreas de mejora en el proceso del ingreso hospitalario. OBJETIVO: Elaborar un checklist para el Proceso del ingreso urgente, desde un Servicio de Urgencias Hospitalario a la Unidad de Observación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis de las quejas, reclamaciones e incidencias del 2009 y de la encuesta de satisfacción realizada en Diciembre/2009 al personal de las plantas de hospitalización -Análisis del Proceso del ingreso urgente por un grupo multidisciplinar Mayo/2010 -Establecimiento de los puntos críticos en el Proceso y elaboración de un checklist -Sesiones formativas de la cumplimentación del checklist -Implantación del checklist y análisis de los resultados de Diciembre/2010 a Abril/2011.

RESULTADOS:

Después del análisis se establecieron los puntos críticos y se elaboró un checklist en dos columnas correspondientes a enfermería y al celador, con 23 items.

Durante el periodo de análisis se atendieron 36.057 pacientes, ingresando en la Unidad de Observación 1.957 pacientes, con una media de 13 pacientes/día.

Se cumplimentaron 1.323 checklist (66.7%). Por meses: Diciembre 60.6%, Enero 67.5%, Febrero 70.8%, Marzo 63.8% y Abril 76.1%.

En conjunto las DUE/AE cumplimentaron el 78.1% de los checklist correctamente (Diciembre 73.6% a Abril 84.1%) y los celadores el 51.8% (54.6% al 62.6%).

Las DUE/AE cumplimentaron los ítems (agrupados): verificación de la documentación clínica 97.9%, de las pruebas complementarias 97.3%, de la identidad del paciente 98.6%, de la comunicación del ingreso 98.2 %, de los procedimientos de enfermería 97.1%, de las pertenencias 95.7%, firma de la DUE emisora 98.4%, firma de la AE 13.8%, firma de la DUE receptora de Observación 66.6%.

Los celadores cumplimentaron los ítems (agrupados): verificación de la identidad del paciente 63.6%, correspondencia de la órden de movimiento y documentación clínica 64.4%, identidad del paciente 64.1%, carga de oxígeno 62.9%, firma del celador 64.5%.

Se han registrado 6 incidencias con la aplicación del checklist derivadas de una falta de conocimiento o práctica en su aplicación.

DISCUSIÓN:

•La cumplimentación de los checklist ha ido mejorando en conjunto, con un incremento del 25.6%, mejorando además la correcta cumplimentación de los ítems de las DUE/AE un 14.2% y de los celadores un 14.6%. •Teniendo en cuenta las escasas incidencias, entendemos que el checklist ha sido bien entendido y ha sido fácil de aplicar. •Se plantea la extensión del checklist para los ingresos en las plantas de hospitalización.

C038.- EL DESAFÍO DE APRENDER DE LOS ERRORES.

FACCIO-LÓPEZ SB, PARGA-LAGO A, ROMÁN-VILA A, PAZOS-JARDÓN C, IGLESIAS-CABALEIRO C, MÉNDEZ-SANTERVAS M.

HOSPITAL POVISA. VIGO.

OBJETIVOS:

Afianzar la estrategia "Aprender de los Errores" desarrollando un sistema de análisis y comunicación de Acciones de Mejora a los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En 2006 de forma pionera en nuestro hospital, la Dirección de Enfermería y el Servicio de Anestesia comienzan a trabajar en la línea de Aprender de los Errores creando un sistema para la notificación de incidentes, su análisis causa raíz y posterior acción de mejora.

Se constituye el Comité de Eventos Adversos, hoy Núcleo de Seguridad, con la normativa del Protocolo de Londres.

El Servicio de Anestesia crea un programa anónimo, voluntario y confidencial basado en el SENSAR, que reúne todas las declaraciones del hospital.

Enfermería crea circuitos específicos de declaración para:

.Caídas y Bacteriemias Asociadas a Catéter (declaración obligatoria)

.Errores de Medicación (voluntario y anónimo)

.Incidentes relacionados con la atención de Enfermería (voluntario y anónimo)

La Comisión de Cuidados formada por Enfermería, atiende las necesidades de los Programas de Cuidados trabajando en la implantación y la revisión de los protocolos, la formación, y la monitorización de los indicadores cuyos resultados transmiten a los profesionales. Este trabajo permite detectar necesidades y fallos del sistema generando propuestas de acciones de mejora.

Se constituye un Equipo de Analizadores con profesionales de Anestesia, Cirugía General y Enfermería que analiza los incidentes y propone acciones de mejora. El Núcleo de Seguridad del hospital recibe las notificaciones, discute los

casos relevantes y promueve las acciones de mejora propuestas.

Un sistema de Rondas de Seguridad de Enfermería instaurado por la dirección y ejecutado por la unidad de Calidad, completa la obtención de datos que permiten detectar problemas y buscar soluciones.

La información de los resultados de los indicadores se transmite a todos los profesionales a través del Cuadro de Mando. En la intranet del hospital se emite un informe mensual con el número de notificaciones voluntarias y las acciones de mejora implantadas, en curso o pendientes.

Desde el 31 de marzo el hospital se integra al SiNASP.

RESULTADOS:

Equipo Analizadores: 14 profesionales -Formación 2009-2011 sobe Sistemas de Notificación y Aprender de los Errores: .6 Talleres de Seguridad para Enfermería .3 cursos para Enfermería .3 sesiones clínicas generales .7 sesiones clínicas intraservicios -Acciones de Mejora 2010-2011: 93 .Generales: 7 .Unidad de críticos: 28 .Implantadas: 79 .En curso: 9 .Pendientes: 5.

DISCUSIÓN:

La formación específica, las Acciones de Mejora concretas y visibles y la información a los profesionales, favorecen una mayor participación y confianza en el sistema, deviniendo en un afianzamiento de la Cultura de Seguridad. El desafío ante una forma de hacer arraigada y ante la capacidad de reconocer los errores como herramientas de mejora, es un camino largo y difícil. Creemos estar en ese camino con un futuro de aprendizaje constante.

C039.- RADIOGRAFÍA DE LOS EVENTOS ADVERSOS: APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD CLÍNICA.

LANZETA-VICENTE I, ARROYO-RODRIGO MJ, SANZ-ORIA O, RUIZ-PALENZUELA I, ARANDA-LOZANO F, LASA-INCHAUSTI B.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA. ZUMARRAGA.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de eventos adversos en nuestro centro Conocer la prevalencia de infección nosocomial mediante dos fuentes de estudio Analizar los eventos adversos ocurridos y proponer acciones de mejora Difundir los resultados al personal del centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza el estudio de prevalencia de infección nosocomial (EPINE), como todos los años, y de forma simultánea se realiza el estudio de prevalencia de eventos adversos (EPIDEA), en el mes de mayo. Se forma un grupo de trabajo multidisciplinar, de manera que desde el servicio de Preventiva se realizan las fichas EPINE y la fase de cribado del EPIDEA, así como la primera fase de análisis del EPIDEA. Posteriormente, los casos detectados se analizan completamente por dos enfermeras y dos médicos asistenciales. Se hace una revisión completa de la historia clínica, se comentan los casos con el médico/enfermera responsable y, en caso necesario, realizar una inspección general del paciente. Para su realización se solicita previamente la colaboración de todo el personal asistencial de hospitalización y de los servicios de Microbiología y Farmacia, facilitando en lo posible el acceso a la información que necesiten los encargados de la recogida de datos.

RESULTADOS:

Se revisan un total de 116 historias, pertenecientes a los pacientes ingresados en el momento de la realización de los estudios (9-20 de mayo). Tenemos una prevalencia de infección nosocomial y una prevalencia de pacientes con infección nosocomial del 2,6%. La prevalencia de eventos adversos (EA) es del 14,66% (17 EA en 116 pacientes) y la prevalencia de pacientes con EA es del 7,8%, pendiente

de revisar tres casos dudosos. En dos casos se produjeron incidentes sin daño. Los EA estuvieron relacionados con la medicación en un 41,2% de los casos, se trató de una infección nosocomial en un 17,6%; el mismo porcentaje que los relacionados con procedimiento quirúrgico y con cuidados; el 5,9% (un caso) estuvo relacionado con el diagnóstico y seguimiento. Estamos en fase de análisis de los eventos producidos. Se difunden los resultados provisionales en la intranet del centro y los definitivos además se difundirán mediante correo electrónico y en las sesiones de cultura de seguridad.

DISCUSIÓN:

Nos mantenemos estables en la prevalencia de infección nosocomial viendo la evolución en nuestro hospital en los últimos 10 años (1,2-4,2%). Al ser la primera vez que se realiza el EPIDEA nos da una idea de lo que ocurre en nuestro centro y nos anima a seguir realizándolo para poder analizar mejor nuestra situación. Estamos mejorando el conocimiento en relación a la seguridad del paciente y aprendiendo el manejo de nuevas herramientas de medición y análisis. Al implicar a personal asistencial en el estudio y difundir los resultados estamos extendiendo la cultura de seguridad en el centro.

C040.- INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS POSTQUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

MONRROY-LÓPEZ F, CALDERÓN-MEZA JM, BARRASA-VILLAR JI, LÓPEZ-IBORT N, RODRIGUEZ-COGOLLO R, RAMIREZ-GASCA- T.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Determinar la proporción de reintervenciones, la mortalidad y la incidencia, gravedad y grado de evitabilidad de las complicaciones postquirúrgicas (CP), como paso previo antes de la implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo y transversal en el que se revisó una muestra aleatoria de 350 intervenciones quirúrgicas con hospitalización realizadas en 2009 en pacientes mayores de 14 años. Tanto para identificar las CP como para determinar su gravedad se utilizaron clasificaciones validadas en estudios internacionales. La evitabilidad de las CP se estableció por grados de probabilidad en función de la mayor o menor evidencia de que en las mejores condiciones ideales posibles dicha complicación podría haberse evitado.

RESULTADOS:

En las 350 cirugías estudiadas se detectaron 113 CP que aparecieron en 61 pacientes, lo que representa una Incidencia Acumulada de Pacientes con CP del 17,4% [IC95%:13,4-21,3] y una Incidencia Acumulada de CP de 32,3% [IC95%:26,8-36,5]. La media de complicaciones postquirúrgicas por paciente fue de 1,85. La edad media fue de 69,64 + 17,1 años. El 4,3% [IC95%:2,2-6,4] de los pacientes fue reintervenido y la mortalidad a los 30 días fue del 2,6% [IC95%:0,9-4,2], relacionándose de forma significativa con la cirugía urgente y el riesgo anestésico ($p<0,001$).

El uso de anestesia general ($p<0,001$), el riesgo anestésico ($p<0,001$), la cirugía urgente ($p=0,022$) y la edad del paciente ($p<0,001$) fueron las variables que se

asociaron de forma significativa con el desarrollo de complicaciones. Las CP más frecuentes fueron: Infección de herida quirúrgica (15,0%), hematoma o hemorragia de herida (9,7 %) y anemia por sangrado (8,8%). Cerca del 70% de las CP estaban recogidas en el informe de alta.

El 72,6% [IC95%:67,8-77,1] de las CP fueron catalogadas como de gravedad leve, el 11,5% [IC95%:8,2-14,8] de gravedad moderada y solo el 15,9% [IC95%:12,1-19,7] como muy graves. Las complicaciones de tipo específico se asociaban a una mayor gravedad de forma significativa (p= 0,029).

El 19,5% [IC95%:15,4-23,6] de las CP tuvo una probabilidad baja (menos del 20 %) de haber sido evitadas, el 40,7% [IC95%:35,6-45,8] una probabilidad moderada (entre 21- 60%) y hasta un 39,9% [IC95%:34,7-44,9] fueron catalogadas con una probabilidad alta de evitabilidad (más del 60%). No se encontró relación entre la evitabilidad y la gravedad de las CP.

DISCUSIÓN:

Las cifras de mortalidad (2,6 %), reintervenciones (4,3 %) e incidencia de CP (37,7%) encontrada en nuestro estudio, si las trasladamos al gran volumen de actividad que supone los procesos quirúrgicos en cualquier hospital (más de 10.000 intervenciones/año en el nuestro) nos da una idea de la importancia que tiene implantar acciones, como la LVSQ, tendentes a reducir la magnitud e impacto de estos efectos adversos, sobre todo si consideramos que, según nuestros datos, cerca del 40 % de los mismos tendría una probabilidad muy alta de ser evitados.

C041.- LA ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE RECLAMACIONES: ¿CUÁNTO VALE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO?.

TORIJANO-CASALENGUA ML, DULANTO-BANDA RA, GARRIDO-VALVERDE I, LOPEZ-CAÑIZARES MM, GONZALEZ-ESTEBAN MI, PACHECO-JIMENEZ FJ.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

1. Utilizar sistemáticamente las quejas y reclamaciones como instrumento de identificación de posibles riesgos para la seguridad del paciente, desde una Oficina de Calidad y Atención al Usuario (OCAU). 2. Proporcionar información valiosa para el trabajo de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) de una Gerencia de Atención Primaria. 3. Elaborar un mapa de los riesgos para la seguridad del paciente, previamente identificados y debidamente clasificados, según las características analizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal realizado entre 2010 y 2011, llevado a cabo en las siguientes fases: 1- Inclusión de un apartado de seguridad en el formulario para reclamaciones verbales. 2- Cribado de las reclamaciones probablemente relacionadas con la seguridad del paciente, tanto verbales como escritas gestionadas desde la OCAU, por parte de profesionales de la Unidad de Atención al Usuario. 3- Comunicación a la responsable de Seguridad y Coordinadora de la OCAU. 4- Clasificación y reagrupación de los potenciales incidentes, y del daño si se produjo, por parte de miembros de la UFGR. 5- Análisis del riesgo identificado por consenso, y del grado del mismo, de las causas que lo producen, de la probabilidad de ocurrencia y capacidad de detección según la norma UNE 19003 (Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente). 6- Priorización y elaboración del mapa. Durante el periodo de estudio, los 5 componentes de la OCAU pertenecían también a la UFGR.

RESULTADOS:

16,8% de las reclamaciones interpuestas por escrito y 33% de las demandas verbales gestionadas por la OCAU

fueron finalmente analizadas por ser potenciales riesgos para la seguridad del paciente. De las demandas verbales, un 20,2% fueron categorizadas como quejas, un 34,2% proceden de centros de ámbito rural y la mayoría están relacionadas con personal facultativo (59,15%). 23,5% tuvieron relación con gestión de citas hospitalarias. Se presenta la priorización y el mapa de riesgos obtenido.

DISCUSIÓN:

Si bien el riesgo probable identificado tras una primera fase de cribado es alto, después de realizar un análisis minucioso y agrupar los casos, el problema se ve reducido sustancialmente. Sin embargo, es preciso cuidar aquellos aspectos que hacen percibir lo contrario por parte del usuario. La representación de profesionales de la OCAU en la UFGR y viceversa ofrece un valor añadido que permite establecer un enlace directo entre los usuarios y la estrategia de seguridad del paciente. Con la implementación de las acciones de mejora planteadas tras la elaboración del mapa, esperamos que mejore la seguridad percibida y satisfacción de los pacientes de nuestra área sanitaria.

C042.- PROYECTO BACTERMIA ZERO. ANALISIS DE RESULTADOS A 2 AÑOS DE SU INICIO.

ALCOLEA-SANCHEZ ML, ALMAIDA-FERNANDEZ MB, ALCOLEA-SANCHEZ AM, GIL-RUEDA B, CANOVAS-VERA J, CARRILLO-ALCARAZ A.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia del Proyecto Bacteriemia 0 tras 2 años de implantación y comprobar si la mejoría inicial en la disminución de la bacteriemia relacionada con catéter y bacteriemia primaria (BRC-BP) se mantiene en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proyecto "Bacteriemia 0" se puso en marcha en febrero 2009 como un ciclo de mejora para implantar medidas preventivas para disminuir la BRC-BP. Se formó un equipo multidisciplinar y se realizaron charlas de formación al inicio del ciclo, con recordatorios en 2010 y 2011. Se creó un sistema de verificación para la cateterización de venas centrales, ítems: 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); y otro de mantenimiento de catéter, de verificación diaria, ítems: verificación del punto de inserción (criterio1), aspecto de aposito (criterio2), cambio aposito (criterio3) y desconexión (criterio4). Se abogó por la utilización de cateterización de subclavia y la no utilización de vena femoral. Se analizan los catéteres insettados entre 1 enero 2009 a 30 abril 2011. Los datos se presentan como porcentaje y IC-95%. Se compara la densidad deincidencia de la BRC-BP en estos 2 años con respecto al año previo. Se ha realizado prueba de comparación de proporciones independientes y de densidad de incidencia.

RESULTADOS:

Se han analizado 836 cateterizaciones. La localización ha sido vena yugular interna en 244 ocasiones, mediana-basílica en 285, subclavia en 74, femoral en 67 y no consta en 58. Comparando con la fase preintervención, la proporción de cateterizaciones de vena subclavia ha variado del 1% al 10.2% ($p<0.001$).

DISCUSIÓN:

La incidencia de la BRC puede ser disminuida con medidas simples que, aunque disponibles, frecuentemente han sido obviadas por el personal sanitario. La acción formativa y de control realizada por los coordinadores del proyecto hace que los excelentes resultados se mantengan en el tiempo.

C043.- EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA APARICIÓN DE INCIDENTES CRITICOS (IC) ASOCIADOS A ANESTESIA.

NAVARRO-GIL PM, JIMENEZ-MUÑOZ AB, DE MIGUEL-GUIJARRO MA, PORTAS-GONZALEZ M, NOVAKOVA V, RODRIGUEZ-PEREZ MP.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

-Evaluar el impacto de la implantación de un nuevo modelo único de carro de anestesia sobre los incidentes críticos (IC) asociados a anestesia. -Evaluar la efectividad de un listado de comprobación de equipos previa a la anestesia en cirugía programada para reducir los IC asociados a anestesia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO: Descriptivo de cohortes. -POBLACIÓN: Pacientes sometidos a cirugía programada en el mes de enero de 2010 en los quirófanos de un hospital de tercer nivel, excluyendo los quirófanos destinados a CMA, oftalmología y materno-infantil -RECOGIDA Y ANALISIS DE DATOS: Los quirófanos previamente fueron divididos en tres grupos: uno recibió como intervención para reducir los IC un listado de comprobación de equipos previo a la anestesia; Otro grupo recibió un nuevo modelo estandarizado en continente y contenido de carro de anestesia. Y por último se comparó con otro grupo sin ninguna intervención. La recogida de datos la realizaron médicos residentes de anestesia, asignándoles a cada uno un grupo de quirófanos, en una ficha “ad hoc” y se siguió a los pacientes hasta el alta para comprobar la gravedad del IC. El análisis fue ciego, y se calcularon las incidencias acumuladas de pacientes con IC. Para el análisis estadístico se aplico la prueba de ji- cuadrado.

RESULTADOS:

Se siguieron un total de 814 intervenciones. En el grupo que recibió el carro homogenizado la incidencia de pacientes con al menos un IC fue de 2,1% (IC 95% de 0,4% a 3,7%), mientras que la incidencia total de IC (algunos pacientes tuvieron mas de un incidente) fue de 2,7% (IC 95% de 0,8% a 4,5%). En el grupo con la lista

de comprobación la incidencia de pacientes con IC y de incidentes fue de 4,9% (IC 95% de 1,9% a 7,8%). En el grupo de quirófanos sin ninguna acción preventiva se obtuvo una incidencia de pacientes con IC de 6,4% (IC 95% de 3,9% a 9,8%), y una incidencia de IC fue de 6,8% (IC 95% de 4,8% a 10,3%). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo con el carro homogeneizado y el grupo sin intervención, tanto en la incidencia de pacientes con al menos un IC como en la incidencia total (p=0,007 y p=0,015 respectivamente). Además hubo mayor gravedad en los incidentes del grupo sin intervención, aunque la mayoría de los IC sólo produjeron lesión temporal o perjuicio menor.

DISCUSIÓN:

La estandarización de los carros de anestesia ha mostrado ser una medida efectiva en nuestro estudio. La aplicación rutinaria de listados de comprobación preoperatorio en los equipos aunque parece ser una medida eficaz para reducir la aparición de efectos adversos secundarios a la anestesia no ha podido ser constatado en nuestro estudio.

C044.- DESARROLLANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD (SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES).

LATORRE-GUISASOLA M, SAN SEBASTIÁN-DOMÍNGUEZ JA, BILBAO-UNIBASO I, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, LLAMAS-HERMOSILLA AM.

HOSPITAL DE CRUCES. BARAKALDO.

OBJETIVOS:

En marzo de 2010 se implanta una aplicación informática para el registro de los Eventos Adversos (EA). Se inició explicando la sistemática de registro de incidentes mediante la aplicación informática, y animando al conjunto de trabajadores a utilizarla. Se proponía establecer un sistema de mejora a través del análisis de los EA y la puesta en marcha de medidas correctoras para minimizar el riesgo de las consecuencias que pudieran tener en los pacientes: OBJETIVO: Desarrollar la cultura de seguridad, a través de la difusión, formación e investigación, utilizando el sistema de notificación y gestión de EA en el H. de Cruces.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Se establecen 3 fases en el proceso de gestión de EA (detección, investigación y decisión) 2. Se identifican las fuentes de información y las herramientas a utilizar en cada fase del proceso 3. Se definen las responsabilidades de los equipos de gestión (a nivel de Servicio/Unidad, equipo central de investigación y Comisión del Hospital) 4. Se realizan las sesiones de difusión para el personal del hospital y una planificación de investigación 5. Se planifica la formación para los equipos de investigación a nivel de Servicio/Unidad.

RESULTADOS:

1. Notificación de 201 EA en el último año 2. El mayor nº de notificaciones son de Farmacia (33,8%) Cirugía Gral (9,8%), Gastroenterología (6,5%) 3. Persona que notificó (49,8% DUE, 19,4% Farmacéutico, 9,8% Médico) 4. El evento llegó al paciente en 61,7% de los casos, y el 69,2% podían haberse evitado 5. Respecto a la gravedad del EA: 1 caso Resultado fatal; 22(10,9%) daño Moderado; 33(16,4%) daño Bajo; 33(16,4%) Sin afectación;

123(61,2%) Ns/Nc 6. Se ha realizado 2 actividades formativas en "Investigación de incidentes" (acreditadas por Comité de Evaluación del Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias). Personas formadas 29 (11 médicos, 10 DUEs, 5 AEs, 1 Farmacéutico, 1 Aux. Admon, 1 TER) 7. En las primeras fases la participación se ha centrado en Farmacia, UCI infantil, Urgencias adultos, Medicina Preventiva, UCIP, Cirugía Gral, Radiología y ORL 8. Hasta la fecha se han realizado 2 estudios de investigación de incidentes detectados en área quirúrgica y otro en el proceso de esterilización, identificándose, por medio de entrevistas y revisión de documentos, las "acciones inseguras" y los "factores contribuyentes".

DISCUSIÓN:

1. La estructura descrita permite integrar responsabilidades de todos los niveles de la organización (desde la Dirección hasta los Servicios y Unidades) 2. La organización de la formación en 3 niveles ha facilitado extender la cultura de seguridad en todas las categorías profesionales 3. La investigación ha permitido disponer de una experiencia práctica de gran utilidad para facilitar la formación de los equipos investigadores 4. Las recomendaciones realizadas van encaminadas a la implantación de acciones correctoras que ayuden a evitar futuros EA y minimizar el riesgo para los pacientes.

C045.- GESTIÓN DE RIESGOS: SINASP, UN NUEVO CAMINO.

GARRIDO* MJ, CANDIA B, MARTÍN-HERRANZ MI, VÁZQUEZ JM, AMADO C, PEREIRA MJ.

CHUAC. A Coruña.

OBJETIVOS:

Valorar la evolución de las notificaciones del SiNASP en la fase de implantación Describir la frecuencia de notificaciones según SACAnalizar el impacto de las notificaciones sobre la organización: acciones implantadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Sistema de Notificación y Aprendizaje de Eventos Adversos (SiNASP), aplicativo informático con notificación voluntaria y anónima. Un gestor central recibe y revisa notificaciones, y adjudica su gestión a uno de los 4 gestores del sistema: Grupo gestor SiNASP. Difusión del SiNASP en nuestros centros (5): actividad formativa impartida al gestor principal, gestores del centro y grupo SiNASP desde Servicios Centrales del SERGAS. Se constituye el Grupo de Formación y Difusión SiNASP (20), que impartirán formación y difundirán información normalizada sobre SiNASP y Curso online acreditado por MSPS. Realizamos análisis de notificaciones, global y mensual y analizamos impacto de las notificaciones en 4 meses.

RESULTADOS:

Primera notificación, 19 enero. Total: 46 en 4 meses, incidencia semejante a media de CCAA. Crecen exponencialmente, en mayo 24. Según clasificación del riesgo, 45,6% de los incidentes no presentan riesgo, 32,6% son de riesgo medio y 10,9% de riesgo alto. Todos los meses se ha notificado algún riesgo alto.Según consecuencias para el paciente, 54,4% son incidentes que llegaron al paciente, 15%, no llegaron al paciente y 32% de los que llegaron, causaron daño.Causa de los incidentes: 41,3%, factores de la organización, y 30,4% , factores profesionales. Tipo de incidentes: 34,8%, medicación, identificación 15,2%, y pruebas diagnósticas, 13,05%.Notificaciones/unidad: área de hospitalización seguida de servicios centrales. Se hizo ACR breve en EA de

riesgo alto, (5), participando la dirección y responsables del servicio. En dos notificaciones se implantaron medidas de prevención de riesgo en todo el CHUAC.

DISCUSIÓN:

SINASP: herramienta útil para conocer y prevenir EA y evidenciar que los profesionales están altamente comprometidos con la SP, según muestra la evolución del nº de notificaciones. En 4 meses implantamos mejoras aplicables a toda la organización. ACR son muy bien aceptados en las áreas en que se producen SAC 2, facilitan el aprendizaje y favorecen identificación de áreas críticas a las que se pueden generalizar recomendaciones de prevención. Las herramientas de gestión asociadas en el SiNASP son muy útiles, permiten disponer de informes inmediatos y gráficas comparativas que facilitan la disponibilidad de información actualizada para los profesionales del centro, facilitando el feedback de la información, que en nuestro complejo es trimestral al NSPGRC y semestral a los profesionales. Este Sistema exige un seguimiento cercano y respuesta inmediata para que los profesionales continúen confiando en la utilidad de la notificación. Sería recomendable proceder a realizar estudios de eficiencia que evaluaran el coste-utilidad y coste-seguridad de este proyecto, ya que el impacto, a corto plazo, parece ser relevante.

Sesión de Comunicaciones I

Sala Yepes

Ciudados/Dolor

C046 – C054

C046.- AHORA SÉ CUANTO TE DUELE.

SÁEZ-SOTO AR, INIESTA-SÁNCHEZ J, RODRIGUEZ-NAVARRO MA, GUIRAO-SASTRE JM, SANTIUSTE-DE PABLOS MA, MARTÍNEZ-LÓPEZ J.

H.G.U. REINA SOFÍA. ÁREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

El dolor aumenta la morbi-mortalidad perioperatoria, prolonga el ingreso hospitalario y causa disconfort al paciente. Los profesionales que atienden a los pacientes están cada vez más sensibilizados con la necesidad de valorarlo y controlarlo. Entre las causas que contribuyen al deficiente tratamiento, destacan la carencia de protocolos, desconocimiento de herramientas de valoración y tratamiento, comunicación inadecuada entre profesionales y pacientes a través de escalas que midan el dolor y la falta de anticipación a su manifestación. Objetivos: Normalizar el uso sistemático de una escala de valoración Disminuir la variabilidad clínica en el tratamiento Evaluar la implantación de la escala de valoración Conocer el nivel de dolor postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Abordaje multidisciplinar para valoración y tratamiento del dolor postoperatorio, constitución de dos grupos de trabajo coordinados por la Unidad de Calidad. Elaboración de protocolos de valoración y tratamiento del dolor, que unifiquen criterios de actuación y sean aplicables según las características de cada paciente. Búsqueda bibliográfica. Implicación del paciente. Selección de escala visual analógica como herramienta de valoración. Realización de sesiones clínicas en servicios quirúrgicos: repercusiones del dolor postoperatorio, adecuada medición y tratamiento. Consenso registro de 5ª constante. Validación por Comisión de Cuidados y revisión de ambos procedimientos por Grupo de Trabajo de Gestión de Procedimientos, aprobación en Comisión de Dirección. Impresión de EVA en punto de libro. Sesiones formativas: difusión e implantación procedimiento de enfermería. Inclusión de los procedimientos en la red informática del centro. Difusión en Comisiones Quirúrgica y Médica Evaluación de indicadores de calidad normalizados por GREMCCE.

RESULTADOS:

Estructura: Existencia de grupo multidisciplinar para seguimiento del dolor postoperatorio Elaboración de dos procedimientos: Evaluación del dolor mediante la escala visual analógica (EVA) y Evaluación y tratamiento del dolor postoperatorio. Disponibilidad de escalas punto de libro Proceso: Valoración programada del dolor Aplicación del tratamiento protocolizado Evaluación periódica de indicadores Realización de 12 sesiones Resultado indicadores octubre 2010 y marzo 2011: Pacientes con dolor postoperatorio (EVA mayor 5) primeras 12 h tras intervención 13,6% y 0% Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso con evaluación mediante escala EVA primeras 12 h 68,8% y 56%.

DISCUSIÓN:

Es necesario disponer de protocolos eficaces de evaluación y tratamiento del dolor postoperatorio, que sean conocidos y aplicados de forma sistemática en todas las unidades quirúrgicas y de forma individualizada a todos los pacientes. La evaluación periódica de indicadores de calidad permite establecer acciones de mejora para favorecer la satisfacción de nuestros pacientes con la total ausencia de dolor, porque ahora sé cuanto te duele.

C047.- LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA UNICA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA Y REDUCE LAS DEMORAS EN EL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO.

BAREZ-HERNANDEZ EM, VALERO-MARTINEZ CA, DEZA-CARRILLO JL, COLLIA-POSADA AM, VAZQUEZ-TAPIA J, SANCHEZ-BERNAL R.

HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA.

OBJETIVOS:

1. Se trata de facilitar la información necesaria para el diagnóstico y propuestas terapéuticas de los pacientes con dolor crónico, mediante una Historia Clínica Electrónica Única utilizable por Primaria y Especializada de manera sencilla y rápida. 2. Evitar el traslado físico de los pacientes, familiares y/o de sus solicitudes de consulta en formato papel, tanto para ser citados como para ser atendidos. 3. Reorganizar física y administrativa toda la Unidad, facilitando la atención en un único entorno arquitectónico, y facilitando agendas para consultas presenciales y no presenciales. 4. Valorar la mejora de los tiempos de demora para la atención de los pacientes con dolor crónico, tanto en consulta como para procedimientos terapéuticos. 5. Valorar la aceptación de los pacientes y familiares del empleo de consultas no presenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Participación de toda la Unidad del Dolor en el desarrollo del programa de Historia Electrónica Única de Osakidetza, Osabide Global. Remodelación arquitectónica de la Unidad , ubicándose en la misma área del hospital, los despachos médico y de enfermería, sala de espera, hospital de día, y sala de infiltraciones. Incorporación a la misma de los documentos revisados de consentimiento informado y hojas informativas. Análisis de los datos de demora y actividad reportados por el Servicio de Información Sanitaria y su evolución en los últimos años. Propuesta de nuevas agendas, con estandarización de los plazos de seguimiento, primando las consultas no presenciales. Cuestionario de valoración de consultas no presenciales a pacientes y familiares.

RESULTADOS:

Se dispone la información previa a la visita en la Unidad del Dolor, en formato electrónico. La información resultante está disponible en el entorno del programa Osabide Global. Las demoras han experimentado una extraordinaria mejoría, siendo de 3 días para primera consulta preferente, de 15 días para primera consulta ordinaria y de 22 días para procedimientos terapéuticos. Las consultas programadas no presenciales (45% del total de las sucesivas de seguimiento) han reducido drásticamente las consultas telefónicas inesperadas. La satisfacción de los pacientes atendidos mediante la modalidad de interconsulta no presencial ha sido > 91%.

DISCUSIÓN:

La utilización de Osabide Global evita la necesidad de solicitar las historias de papel y asegura el registro de toda la información correspondiente al episodio. Se optimiza la atención al paciente, ya que desde el mismo puesto asistencial se realizan la anamnesis, la redacción electrónica del evolutivo, las recetas de medicación, la citación, la solicitud de pruebas complementarias y la entrega de informes. Hay una gran aceptación de la modalidad de consulta no presencial, pero debe perfilarse el tipo de patología y características de los pacientes que más se beneficien de ella.

C048.- EL DOLOR COMO QUINTA CONSTANTE; UN RETO CONSEGUIDO EN LOS HOSPITALES DEL SERGAS.

MARTÍN-RODRÍGUEZ* MD, CARRERAS-VIÑAS M, MENOR-RODRÍGUEZ MJ, FIUZA-BARREIRO B, GARCÍA-CEPEDA B, RODRÍGUEZ-PÉREZ B.

SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Implantar la valoración del dolor como 5ª constante en los hospitales del SERGAS. Mejorar el abordaje del paciente con dolor, en el marco de una estrategia global, orientado a un manejo óptimo del dolor, uniforme y equitativo, para todos los pacientes, mejorando su calidad de vida y su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación del proyecto a sociedades científicas, directivos y responsables de calidad de los Hospitales. Declaración institucional el día mundial del dolor. Constitución de comisiones multidisciplinares de dolor en todos los centros. Sistematización del procedimiento de valoración del dolor agudo y consenso con todos los hospitales. Incorporación en el procedimiento de la EVA. Creación de registro específico en el aplicativo de cuidados GACELA como constante en la gráfica y registro cualitativo. Difusión del procedimiento. Formación de profesionales. Distribución reglas con EVA y con escala de valoración facial a profesionales, póster informativos y dípticos informativos para pacientes. Implantación en Diciembre de 2010. Formación/información a pacientes en la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos. En febrero 2011 auditoría de implantación y en marzo auditoría de registro de los tres primeros meses.

RESULTADOS:

Disponibilidad de procedimiento sistematizado de atención al paciente con dolor, escala EVA de valoración del dolor en la aplicación GACELA de enfermería y difusión del mismo en los 15 hospitales del SERGAS en diciembre 2010. Desde enero de 2011 se registra el dolor como 5ª constante en todos los hospitales del SERGAS. Procedimiento Implantado en 13 hospitales. Se han

distribuido 14.668 reglas EVA, 3.500 reglas con la escala valoración facial, 300 carteles y 20.000 dípticos dirigidos a pacientes, además de hojas informativas elaboradas por algunos hospitales. Impartimos un taller en Santiago con participación de 13 DUE, 14 facultativos, 1 matrona y 2 fisioterapeutas. La jornada "Dolor en el Sistema Sanitario Gallego" con 172 profesionales y 18 pacientes. Acciones formativas en cascada en 13 hospitales. Formación presencial en la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos a 98 pacientes. La auditoría del primer trimestre de 2011, del registro en nuestra Historia Clínica Electrónica, recoge que un 18.4% de los pacientes ingresados en Galicia tienen registro de dolor como 5ª constante en la Gráfica. De éstos un 14.1% tienen registro cualitativo. De los pacientes con registro en la Gráfica el 34.5% sufren dolor: el 8.1% Severo, 37.64% moderado y 54.26% leve.

DISCUSIÓN:

La implantación del procedimiento ha sido bien valorada e identificada como necesidad por parte de los directivos y trabajadores del SERGAS, por las Sociedades Científicas del dolor y Asociaciones de Pacientes. Disponemos de un procedimiento sistematizado implantado en 13 hospitales (87%) con sistema de monitorización y seguimiento común, base para un correcto manejo del paciente con dolor y para la mejora continua. La auditoría ha permitido identificar áreas de mejora en el procedimiento y en el registro.

C049.- PILOTAGE DEL PROCESO ENFERMERO,"CONOCER EL METODO PARA AYUDAR A CUIDAR".

CURTO-JAUREGUI I, GARDEAZABAL-SANCHEZ N, MUÑOZ-COB E, GARCIA-BAYO M, ETXEBARRIA-HERNANDEZ M, HERNANDEZ-GONZALEZ E.

MUTUALIA. BIZKAIA.

OBJETIVOS:

Promover la humanización de los cuidados y la seguridad del paciente, mediante la implementación del método enfermero individualizado , en artroscopias de hombro y rodilla incorporando la participación del paciente y la familia en el cuidado integral del proceso individual.

MATERIAL Y MÉTODOS:

• Después de realizar un DAFO acordamos tomar un modelo metodológico para nuestra actividad a diaria. • Estudio de los distintos modelos de cuidados de enfermería y grado de adaptación nuestras necesidades. • Creación de un grupo de enfermería para la elaboración del modelo a seguir en Mutualia. • Sensibilización de la humanización y seguridad del paciente en el colectivo de personas que trabajan en hospitalización de clínica Ercilla. • Formación en la cultura metodológica a partir del modelo elegido. • Implementación de NANDA-NOC-NIC (NNN) de los procesos señalados. • Definir y evaluar indicadores de evaluación del modelo.

RESULTADOS:

• Se acuerda seguir el modelo de Virginia Henderson. • Nombramiento de una enfermera para la coordinación y seguimiento del método. • Se sensibiliza a la Unidad de Hospitalización de clínica Ercilla • Documentos elaborados: • 1-Metodología enfermera • 2-Nuevos Registros enfermeros • 3-Plan de cuidados artroscopia hombro • 4-Plan de cuidados artroscopia rodilla • 5-Plan de cuidados ligamento cruzado anterior (LCA) • 6-Listado de NIC adaptado a nuestras necesidades • 7-Listado de NOC adaptado a nuestras necesidades • 8-Listado de Diagnósticos de enfermería adaptado a nuestras necesidades • Se forma a DUES 9 , y En 14 Horas •

Definimos dos indicadores de proceso , y un indicador de resultado.

DISCUSIÓN:

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. Aprendiendo a conocer, la subjetividad del paciente y su entorno, se sienten escuchados y disminuye la ansiedad. Unificación de criterios, metodología en registros, participación de paciente y entorno, asegura la continuidad de cuidados.

C050.- DEPARTAMENTO SIN DOLOR.

LÓPEZ-ALARCON DL, MIGUEZ-MARTI AM, BAYONA-BAUSET MB, GARRIDO-BARTOLOME AG, SIMARRO-MIR FS, DE ANDRES-IBAÑEZ JD.

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA. VALENCIA.

OBJETIVOS:

PRINCIPAL: Utilizar el dolor como parámetro de mejora de la calidad asistencial en los usuarios del Departamento de Salud Valencia-Hospital General (DSVHG) SECUNDARIOS: 1. Dolor Quinta Constante Vital © 2. Identificar y cuantificar su prevalencia como medida de control 3. Diseñar sistema de alerta o "flags" que registren su intensidad 4. Establecer protocolos de actuación multidisciplinares como medida de seguridad y calidad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El control del dolor debe ser una prioridad en el manejor global del paciente como expresión de calidad. Su control se realiza en el DSVHG con un Plan de Trabajo Multidisciplinar con intervenciones y fases diferenciadas Fase I: Se realizan estudios de Prevalencia del Dolor en el usuario del Departamento de Salud como medida de control de calidad, mediante una encuesta protocolizada de elavoración propia Fase II: Se utiliza como herramienta de medida informatizada la estación de trabajo de enfermería hospitalaria (KARE) para introducir el dolor como QUINTA CONSTANTE VITAL Fase III: Se diseñan sistemas de alertas o "flags” integrados en KARE capaces de identificar la intensidad y la gravedad del dolor Fase IV: Según las alertas se desarrollan, con niveles de seguridad clínica protocolos de actuación multidisciplinares Estos protocolos pretenden dar una respuesta eficaz y rápida al usuario tanto a nivel terapéutico como de cuidados, con un adecuado nivel de seguridad clínica.

RESULTADOS:

Se dispone de un registro automatizado de la intensidad del dolor con alertas o "flags" integrados en la historia electrónica del paciente capaces de registrar de forma automática, la intensidad y gravedad del dolor .Del 18.96% de la muestra total analizada, el 45.8% de los

pacientes hospitalizados presentó dolor, recibiendo menos de un 30% tratamiento. .El 86.6% de los usuarios de los Centros de Salud presentaba dolor en el momento de la encuesta -Se constituye una Subcomisión de Control del Dolor dentro de la Comisión de Calidad del Departamento.

DISCUSIÓN:

El control adecuado del Dolor debe ser una prioridad en el manejo global del paciente como expresión de calidad asistencial, bajo los estándares de cuidados del enfermo y su abordaje debe ser multidisciplinar. Todos los integrantes del proceso asistencial deben estar implicados para dar una asistencia eficaz, eficiente y de calidad percibida por el usuario y por el personal que participa del proceso asistencial. El DSVHG ha desarrollado sistemas que intenten detectar, cuantificar y actuar para un adecuado control del dolor con la implementación de una herramienta de medida informatizada integrada en la actuación del personal de enfermería y el diseño de estrategias de actuación paciente-entorno familiar-enfermería-médico CONCLUSIONES: El Dolor como problema de salud prevalente requiere de Programas innovadores de intervención multidisciplinar que mejoren la calidad en su atención.

C051.- DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN EN U.C.I.: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

HELLÍN-MONASTERIO J, BETETA-FERNÁNDEZ D, HELLÍN-GIL MF, INIESTA-ALCÁZAR J, FERRER-BAS MP, GARCÍA-PLANES MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

A lo largo del año 2010 se realizan en el H.U.V. Arrixaca evaluaciones seriadas de distintos indicadores de calidad marcados por el Grupo GREMCCE (Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados de Enfermería), entre ellos se encuentra la Prevalencia de Úlceras por Presión (UPP) en UCI, con un estándar del 25%. Dichas evaluaciones se realizan en marzo, junio y octubre, de manera oficial, además de otras evaluaciones internas por iniciativa propia del hospital. Durante 2010, los resultados obtenidos en el indicador: "(nº pacientes ingresados en UCI con UPP / nº enfermos en UCI ingresados evaluados en el momento del estudio) x 100" han superado el estándar marcado en todas las mediciones oficiales e internas, llegando a una prevalencia del 40% en junio de 2010. Ante esta situación, nos planteamos aplicar un Programa de Gestión de la Calidad contando con el apoyo de la dirección de enfermería, mandos intermedios y personal de enfermería de la UCI, que consideran necesario establecer medidas correctoras que disminuyan la prevalencia de UPP en la UCI.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Con el objetivo de disminuir la prevalencia de UPP en UCI comenzamos realizando un análisis de causas mediante Ishikawa y analizando la encuesta de causas distribuida entre los profesionales de enfermería de dicho servicio. Tras realizar un pilotaje para evaluar la fiabilidad, se diseña el ciclo de mejora donde se establecen 5 criterios a evaluar: valoración del riesgo de UPP al ingreso y al menos 1 vez a la semana aplicando la escala de Norton, realización y registro de cambios posturales, protección de prominencias óseas y colchón de espuma de alta especificación en pacientes de riesgo. Una vez obtenidos

los resultados de la 1ª evaluación, se realiza un Diagrama de Afinidades y un Diagrama de Gantt donde se concreta el Plan de Acción, rediseñamos el ciclo inicial y a continuación tras la aplicación de las medidas correctoras analizamos los resultados de la mejora conseguida.

RESULTADOS:

Al aplicar el Programa de Gestión de Calidad obtenemos un aumento en todos los criterios propuestos, consiguiendo que el 100% de los pacientes de UCI tengan un colchón de espuma de alta especificación. En cuanto al registro de cambios posturales, ha aumentado de un 20% a un 83,3%, así como la protección de prominencias óseas que pasa de un 11,7% a un 85% en los pacientes de riesgo. La valoración siguiendo la escala de Norton que en la 1ª evaluación no se realizaba, se ha conseguido aplicar al 70% de los pacientes en las primeras 24h y al 73,3% al menos una vez a la semana.

DISCUSIÓN:

Estos resultados revelan que mediante la aplicación de un Programa de Gestión de Calidad se puede disminuir la prevalencia de UPP en UCI, mejorando así la calidad de los cuidados y aumentando la seguridad del paciente en un servicio tan especial, donde todos los pacientes que ingresan presentan este riesgo. Continuamos desarrollando este programa mediante monitorizaciones que ayuden a mantener los resultados dentro del estándar marcado.

C052.- ¿ES TRATADO EL DOLOR DEL PACIENTE CON LOS PRIMEROS ESCALONES ANALGÉSICOS ANTES DE SER ENVIADO A LA UNIDAD DEL DOLOR?.

LOJO-VICENTE V, GOBERNA-IGLESIAS M.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE VIGO. VIGO.

OBJETIVOS:

- Conocer los Servicios y niveles de tratamiento analgésico de los pacientes remitidos a la Unidad del dolor crónico. - Conocer el grado de cumplimiento de los criterios clínicos de solicitud de primera consulta. - Conocer los diagnósticos más frecuentes de remisión de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante tres meses, se recogen los datos de todos los pacientes remitidos a la Unidad. Las variables a estudio son las referidos a: sexo, edad, prescripción de fármacos antiálgicos, Servicio o Nivel de procedencia de la solicitud, diagnostico y estudios previos de imagen. El tratamiento de los datos se realiza mediante hoja de cálculo Excell. La muestra son todos los pacientes enviados a la Unidad, en su primera consulta. Los criterios de exclusión son todos los pacientes en revisión.

RESULTADOS:

De las 499 consultas atendidas, 32% pertenecen a primeras consultas y 68% a las sucesivas. El 62´73% de las primeras consultas correspondían a mujeres y el 36´64% a hombres, con una edad media de 57’2 años, la de las mujeres de 58’2 y la de los hombres 55’4 años. El 69% procedían de Consultas Externas, el 38% hombres y el 62% mujeres; el 27´5% provienen de Atención primaria y el 3% de Urgencias. Dentro de las Consultas externas el 47´5% proviene de la consulta de Traumatología, el 37% hombres y el 63% mujeres. Los diagnósticos más numerosos son de origen inflamatorio con un 61´2%, 44´9% de hombres y 55´1% de mujeres; le siguen los de origen neuropático con un 20%, 21´9% hombres y 78´1% mujeres; y los degenerativos con un 15%, 20´8% de hombres y 78´1% de mujeres. Dentro del diagnóstico inflamatorio un 57´5% son lumbalgias con apenas diferencias entre hombres y mujeres y un 3´8% de

cervicalgias 83´3% mujeres. Con respecto al tratamiento: 29´4% es remitido sin ningún tipo de tratamiento 63´8% mujeres y 36´2% hombres. tratados con el 1er escalón 40%, 39 y 61% hombres y mujeres. con el 2º escalón 11´9%, 36´8 y 63´2 hombres y mujeres. en el 3er escalón 3´8%. Combinando el 1er y 2º escalón 8´8% y 1º y 3º 6´2%. Sin tratamiento coadyuvante 63%. Sin estudios de imagen 28´1%, 66´7% son mujeres.

DISCUSIÓN:

A los pacientes derivados a una Unidad Específica para el Tratamiento del Dolor debe suponérsele cierta complejidad en su manejo o, al menos, una mala evolución en el control del dolor con los analgésicos habituales, por lo tanto, se deben seguir los protocolos existentes de derivación de pacientes a estas Unidades para utilizar eficientemente este recurso y evitar que se saturen y se conviertan en una herramienta inútil. A esta Unidad del dolor crónico son remitidos el 81´3% de los pacientes sin haberse agotado estas posibilidades. Otro factor a tener en cuenta es el tiempo de espera del paciente para ser atendido en la Unidad, 3 meses de media, por la morbilidad que conlleva lo que incrementa la insatisfacción del paciente, la disminución de la calidad asistencial y el incremento del absentismo laboral ya que la edad media de estos pacientes es de 57´2 años.

C053.- CICLO DE MEJORA EN LA HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS.

DE LA IGLESIA-CANO E, ROLDÁN-VALCÁRCEL MD, CABALLERO-GUERRERO B.

H.G.U. REINA SOFÍA. ÁREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

La OMS especifica unas normas que debe cumplir un buen registro: "deben ser permanentes, con limitaciones, deben tener una identificación que permita su recuperación y localización cuando sea necesario, debe tener continuidad es decir que debe existir la intención de realizar anotaciones sucesivas a medida que se precise…". Con todo ello se pretende que la información registrada sea elemento primordial para determinar el cumplimiento de las normas de calidad de la práctica de enfermería Objetivo: Manejar el relevo de enfermería de forma responsable administrativa, civil y penalmente; que el profesional de enfermería comprenda que tiene responsabilidad profesional y que en ésta queda contenido tener pleno conocimiento de la ley que regula su ejercicio profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se eligen 8 criterios para evaluar la calidad del relevo de enfermería: C1. La hoja de enfermería irá identificada con la pegatina del paciente o, en su defecto, rellenados los datos del paciente a mano C2. Al inicio de cada relevo se especifica fecha y turno de trabajo. C3. El relevo se identifica con firma legible del personal de enfermería C4. El relevo se redactará con letra clara y legible, sin tachones ni tinta correctora. C5. Se continuará escribiendo debajo del relevo del anterior profesional. C6. Cuando, al escribir el relevo, se agote el espacio en blanco destinado para ello, se continuará en el reverso de la hoja indicándolo con una flecha o con la indicación de "continúa detrás". Si se continuase en una nueva hoja, se procedería a trazar una línea que cruce de arriba abajo el reverso de la hoja anterior que acabamos de utilizar a modo de inutilizar ese espacio en blanco. C7. Se indicará que el

paciente ha sido trasladado a nuestra planta desde otra unidad (urgencias, reanimación, otra planta…) adjuntando la hora en que se le recibe para que quede así reflejado C8. cuando el paciente es dado de alta se pondrá por escrito el relevo oportuno en ese turno y no solamente la indicación "alta". Ámbito: unidad quirúrgica de un hospital de nivel II. Fuente de datos:Historia clínica. Dimensión:científico-técnica y satisfación cliente interno. Datos de proceso. Periodo:2008-2009 Muestreo aleatorio simple: 60 historias clínicas.

RESULTADOS:

1ª evaluación: C1 90%; C2 56%; C3 11%; C4 73%; C5 15%; C6 85%; C7 65%; C8 33% ACCIONES DE MEJORA: sesiones formativas, difusiñon de resultados 2ª evaluación: C1 98%; C2 90%; C3 68%; C4 93%; C5 56%; C6 86%; C7 75%; C8 66%.

DISCUSIÓN:

La información sobre la cumplimentación de la hoja de enfermería y la adquisición de nuevos conocimientos sobre aspectos legales de los registros facilita la motivación de la plantilla para conseguir altos niveles de cumplimentación. Los profesionales de enfermería de la unidad han asumido el registro de los cuidados de enfermería como parte de su trabajo, e incluso, han sabido transmitir a los nuevos compañeros la metodología de trabajo.

C054.- EVALUACION Y MEJORA DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES.

ROS-MARTINEZ C, SANCHEZ-PICON A, HELLIN-GARCIA MJ, CLEMARES-GARCIA MA, TORRALBA-CARMONA M, LEAL-LLOPIS J.

AREA DE SALUD VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar la información que reciben los pacientes mayores de 50 años diagnosticados de fibrilación auricular al inicio del tratamiento con anticoagulantes orales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental (ciclo de mejora). Los pacientes incluidos en el estudio fueron los que iniciaban el tratamiento con anticoagulantes orales por fibrilación auricular y eran mayores de 50 años. Se definieron 8 criterios de calidad: presencia de hoja informativa (c-1), conocimiento de dosis y horario (c-2), no automedicación (c-3), alimentos que pueden alterar el tratamiento (c-4), actitud ante intervenciones quirurgicas (c-5), actitud ante sangrados/hematomas (c-6), importancia de controles en fecha indicada (c-7) y no administración de inyecciones intramusculares. La dimensión estudiada es la calidad cientifico-tecnica. La fuentes de datos son los registros de laboratorio y la historia clinica del paciente. La obtención de los datos se realizo mediante encuesta telefonica. El marco muestral fue de 90 dias donde incluimos a todos los casos nuevos que aparecieron. Las medidas correctoras implantadas fueron implantar nueva hoja informativa sobre el tratamiento con anticoagulantes orales y reuniones informativas con el personal de enfermeria de las unidades de hospitalización para presentar los datos de la primera evaluación e incidir en la necesidad de la educación sanitaria y entrega de hoja informativa. Los datos han sido analizados con el programa informatico Iqual.

RESULTADOS:

Se han evaluado 40 casos en la primera evaluación y 30 en la segunda. El C-1 tuvo una cumplimentación en la 1ª evaluación del 52,5%, siendo en la 2ª del 96,7%. Los

criterios 2,3 y 7 tuvieron un cumplimentación del 100% el 2ª evaluación, habiendo tenido un 97,5%, 75,5% y 95% en la 1ª respectivamente. La cumplimentación del C-5 paso del 50% al 96,7% tras las medidas correctoras. El criterio 6 tuvo en la primera evaluación una cumplimentación del 37,5% y del 93% en la segunda. El C-4 paso del 12,5% al 70% de cumplimentación entre las evaluaciones. El criterio 8 mejoro del 5% en la primera evaluación al 70% en la 2ª. Las mejoras fueron estadísticamente significativas ($p< 0.001$) en los criterios C-1, C-3, C-4, C-5, C6 y C8.

DISCUSIÓN:

Tras la aplicación de las medidas correctoras en nuestro ciclo de mejora, hemos conseguido mejorar la información que recibían los pacientes anticoagulados al inicio del tratamiento.

Sesión de Comunicaciones II

Sala 1

Certificación II

C055 – C066

C055.- RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORA 2010 CON ISO 9001:2008 EN LA UNIDAD DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA.

PARRADO-CUESTA MS, SANTOS-FLÓREZ EM, HERNANDO-GONZÁLEZ J, BURON-LLAMAZARES JL, ALONSO-VALBUENA MC.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. LEÓN.

OBJETIVOS:

La Unidad de Contratación Administrativa (UCA) del Complejo Asistencial Universitario de León obtiene la certificación ISO 9001:2008 en diciembre de 2009. Desde este momento, se marcan unos objetivos claros que se encuadran dentro de un Plan de Mejora de la Unidad: 1. Reducción de un 5% en los tiempos de tramitación de expedientes 2. Reducción de la variabilidad en el registro de expedientes 3. Mejorar un 10% los procesos operativos de la UCA a través de la mejora en la información 4. Incrementar, en un 2%, los expedientes de contratación administrativa por Procedimiento Abierto

MATERIAL Y MÉTODOS:

Objetivo 1: * Se establecen tiempos máximos por tipo de expediente * Se construyen 6 indicadores de capacidad de medición mensual Objetivo 2: Se construyen: * Un indicador de medición de monitorización mensual * Una Instrucción Operativa para el registro de expedientes * Se incide en la formación y sensibilización del personal de la UCA en el correcto registro de expedientes Objetivo 3: Se construyen: * Una Instrucción Operativa, con su Formato Operativo, para la elaboración del Informe Técnico en expedientes de Contratación Administrativa * Un Tríptico informativo para la clasificación de expedientes.

RESULTADOS:

El cien por cien de los expedientes tramitados se realizan en los tiempos máximos establecidos. En el registro de expedientes, se cumple el valor esperado a partir del cuarto mes de medición, una vez desarrollada la ITO de registro y aplicadas las acciones correctoras derivadas de las No Conformidades detectadas en las monitorizaciones. Todos los componentes de la UCA participaron activamente en el proceso, proponiendo acciones de mejora. El tríptico

informativo es consensuado con los profesionales del área médica y de enfermería para detectar puntos débiles susceptibles de mejora. Se logra el incremento de los PA, en un 2%, frente a la reducción de PN, AC y CM, lo que supone un gran logro dado que, por un lado, un número importante de expedientes derivan de las cantidades asignadas al Plan de Necesidades anual y, por tanto, el número de los mismos esta en relación directa con dicha cuantía y, por otro, la escasa capacidad de la UCA para influir en el tipo de expediente, lo que muestra el grado de implicación tanto del personal de la unidad como de la Dirección en la elaboración de este tipo de expedientes.

DISCUSIÓN:

La aplicación de herramientas de calidad y el propio proceso de certificación se configuran como un área fundamental en el establecimiento de acciones y planes de mejora que, como se demuestra, revierten positivamente en la mejora de los procesos y en la calidad percibida por los clientes.

C056.- INTEGRACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA SEGÚN ESTÁNDAR PAS 99:2006.

BENITO-GARCIA P, PEÑALVA-SEGURA IP, LUMBRERAS-PALACIOS R, GONZALEZ-RODRIGUEZ I, MUÑOZ-MACHIN I, LOPEZ-MARTIN N.

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

a) optimizar los recursos económicos destinados al mantenimiento de los sistemas de gestión tales como ISO 9001, ISO 14001, ISO 27001, OHSAS 18000, etc. y b) eliminar ineficiencias administrativas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

a) Se ha adoptado como referencia el marco establecido por la norma de integración de sistemas PAS 99:2006, elaborada por BSI (British Standards Institution). Es una especificación certificable orientada a dotar de un marco común a aquellas organizaciones que dispongan de dos o más sistemas de gestión. b) se ha desarrollado con medios propios una aplicación sencilla y común para todo el Hospital, accesible desde la intranet, mediante la cual los propietarios de los procesos pueden gestionar de forma ágil todo tipo de "acciones" (acciones de mejora, reclamaciones, no conformidades, acciones preventivas, acciones correctivas…), asegurándose al mismo tiempo de que cumplen los requisitos de cada uno de los estándares en vigor. Cada "acción" es identificada automáticamente con un sencillo código que permite su trazabilidad y clasificación: a qué estándar pertenece, cúando surge, en qué consiste.

RESULTADOS:

optimización del tiempo y demás recursos empleados en el sostenimiento de un sistema de gestión: -menos días de auditoría interna/externa, -menos costes de consultoría/certificación, -menor frecuencia y duración de reuniones relacionadas con "calidad", -mayor número de acciones de mejora recopiladas y puestas en marcha. -mayor disponibilidad y facilidad de acceso a información relevante en materia de calidad, por parte de mayor número de personas de la organización.

DISCUSIÓN:

La integración de sistemas de gestión basados en ISO 9001, ISO 14001, ISO 27001, OHSAS 18001 y UNE-CWA PUMA 15896 conforme al referencial PAS 99:2006 permite a organizaciones tan complejas como un Hospital focalizar sus esfuerzos en el tratamiento y prevención de los riesgos de sus pacientes y usuarios desde una perspectiva global y proactiva, propia del modelo de excelencia EFQM 2010, incrementando su calidad organizativa al mismo tiempo que se promueve un mejor uso de los recursos económicos disponibles.

C057.- ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

SEVILLANO-ROMERO RO, ARASA-GASTALDO ES, USERO-RUIZ AN, SAUS-CARRERES AM, VISCONTI-GIJÓN JV, RODRÍGUEZ-BENITO VJ.

INACEPS. VALENCIA.

OBJETIVOS:

El Manual para la acreditación de Centros de Atención Primaria según el modelo de la Comunidad Valenciana se publicó en el año 2006. Después de cinco años era necesaria su actualización ya que se han producido algunos hitos importantes en el funcionamiento de estos centros, como han sido, entre otros, su integración con atención especializada y la implantación total de la informatización de la historia de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el año 2010 el grupo de expertos que participaron en la elaboración del Manual para la acreditación de Centros de Atención Primaria en el año 2006 junto con los técnicos de calidad hicieron una primera lectura crítica aportando las modificaciones de los criterios, propósitos y estándares de medición. Posteriormente a través de las sociedades científicas y de las direcciones de atención primaria de los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana se invitó a los profesionales a participar en la revisión del Manual, empleándose para ello una plataforma on-line para señalar la importancia y viabilidad de cada uno de los criterios y realizar aportaciones.

RESULTADOS:

El análisis cuantitativo de la ponderación realizada indica que se ha incrementado la importancia (3%) y la viabilidad de cumplimiento (8%) que los expertos dan a los criterios contenidos en el Manual. Por otro lado ha aumentado considerable la importancia que para los expertos tienen los aspectos relacionados con la gestión (de la organización o la implementación de sistemas de calidad en su centro) en detrimento de procesos más relacionados con la práctica profesional. En lo referente a la viabilidad de aplicación de los criterios los aspectos que han

ampliado su valoración en más del 10% son la gestión de la organización y de la información y la seguridad del paciente expresado a través de la gestión de acontecimientos adversos. Tras el estudio de las aportaciones realizadas se ha modificado la redacción de los criterios para adaptarlos a la situación actual y se han reducido el número de criterios en más del 35%.

DISCUSIÓN:

La experiencia en las más de 30 autoevaluaciones y 15 acreditaciones en Centros de Atención Primaria realizadas desde el 2006 así como las aportaciones de los profesionales, tanto médicos como diplomados en enfermería especialistas en atención primaria que han participado en la revisión del manual ha permitido actualizar el Manual para la Acreditación de Atención Primaria, siendo el resultado un Manual más operativo y con criterios de calidad más ajustados a la realidad.

C058.- UNIDAD DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN CALIDAD.

TITOS-MACHADO MA, VISEDO-LÓPEZ JA, GONZÁLEZ-LAGARTOS JA, GONZÁLEZ-NEVADO ME, MONTES-LÓPEZ FE, SORIANO-CARO MM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. MOSTOLES.

OBJETIVOS:

La Dirección del Hospital definió su Política de Calidad (2006) y de Medioambiente (2007). Esto supuso una apuesta para que las Unidades y Servicios trabajasen en base a criterios de Calidad. La Unidad de Contratación Administrativa obtiene la certificación según la norma UNE EN ISO 9001: 2000 en el 2008 y la recertificacion con el cambio de la norma UNE EN ISO 9001:2008 en el año 2010. Este proceso nos obligo a realizar un proceso de análisis y diagnostico de la unidad y el planteamiento de objetivos. Esto nos permitió integrar la ingente regulación normativa iniciada a partir de 2008 con la puesta en marcha de la Ley 30/2007, de Contratos del Sector Público, que supuso un enorme esfuerzo de adaptación y puesta al día, tanto en los procedimientos como en las tecnología a utilizar, sin menoscabo de los estándares de calidad existentes, concretados en los siguientes objetivos: - Detección de puntos débiles y fortalezas en la Unidad de Contratación. - Adaptación y actualización a las nuevas normativas en Contratación. - Elaboración y revisión de protocolos de situaciones administrativas. - Creación y tipificación de catálogo de plantillas utilizados. - Optimización de nuevas tecnologías. - Implicación del personal en la formación continuada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Reuniones periódicas de planificación y seguimiento con la Unidad de Calidad para realización de un Análisis DAFO, consecuencia del cual se procedió a: - Revisión de la documentación y elaboración de protocolos de unificación de las formas de trabajo. - Diseño de las plantillas de documentación a utiliza. - Diseño en hojas Excel de hojas de registro de la actividad realizada. - Revisión de

legislación. - Diseño de un cuadro de mandos en excell con el registro de 18 indicadores de actividad.

RESULTADOS:

- Definición de los puestos de trabajo con funciones y responsabilidades. - Elaboración de 17 protocolos de actuación para distintos momento de la contratación. - Elaboración y diseño de un cuadro de mando en formato Excel de 18 hojas de registro indicadores de actividad. - Formación continuada: asistencia a de 37 cursos de formación continuada en los últimos 3 años. - La Elaboración y registro de catálogo de plantillas ha sido valorado muy positivamente tanto por la Unidad de Calidad durante las auditorias internas, como por el equipo auditor externo. - Digitalización completa de todos los expedientes de contratación desde enero de 2010. - Actualización de procesos a las exigencias de última normativa en vigor. - Aumento sostenido en la valoración obtenida de nuestros clientes hasta una puntuación actual de 7,25 puntos.

DISCUSIÓN:

La certificación en normas ISO ha supuesto un salto cualitativo en los estándares de calidad de nuestros procesos administrativos, permitiéndonos establecer áreas de mejora a través de la evaluación de la satisfacción de nuestros clientes, la definición de nuestros objetivos, la normalización de actividades mediante la unificación de criterios y la estandarización de procesos.

C059.- EVALUACIÓN DE PROCESOS EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: ¿BUENO, BONITO Y BARATO?.

MOMPÓ-AVILÉS C, MARTÍNEZ-ARCE MJ, VILA-FONT M, ROTLLAN-TERRADELLAS M.

CONSORCI SANITARI INTEGRAL. L'HOSPITALET DE LLOBREGAT.

OBJETIVOS:

Implantar una nueva herramienta para evaluar los procesos de la organización, que de respuesta a los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008, asegurando la coherencia con la metodología de nuestro sistema de gestión por procesos (GPP) y facilitando la realización por parte de los responsables de procesos y otras personas implicadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La metodología de nuestro sistema de GPP incluye desde el inicio una evaluación periódica de los procesos mediante una adaptación de la herramienta DAFO (oportunidades y amenazas externas; fortalezas y áreas de mejora internas).

Los procesos certificados mediante ISO deben documentar la revisión por la Dirección. Inicialmente se elaboraba un documento power point anual con los requisitos de la Norma, lo que suponía un esfuerzo extra hecho “sólo para la auditoría”.

Desde uno de los centros surge una propuesta de mejora de la DAFO que permite visualizar la trazabilidad entre las distintas valoraciones y las acciones de mejora correspondientes. Se adecua la propuesta para integrar en la DAFO los requisitos ISO de Revisión por la Dirección y eliminar el documento adicional. El nuevo documento incorpora, además, la evaluación de las relaciones cliente-proveedor especificadas en la descripción del proceso, así como el seguimiento de acciones de mejora y objetivos.

Se forma a los responsables de procesos y se implanta el nuevo documento en todos los procesos puestos en control.

RESULTADOS:

-Se ha implantado en más de 40 procesos. Se han certificado, mediante la Norma ISO, 11 de dichos procesos (7 del Hospital General de l'Hospitalet i 4 del Servicio de Atención Domiciliaria) y en las auditorias externas aparece la nueva herramienta como punto fuerte del sistema de gestión de la calidad. -A pesar de la dificultad inicial ante el cambio, los responsables de procesos se encuentran ahora muy satisfechos con el nuevo formato porque facilita la evaluación de todos los clientes y proveedores, permite tener en un solo documento el seguimiento del proceso (excepto los indicadores) i elimina los documentos adicionales para evidenciar la revisión por la Dirección.

DISCUSIÓN:

-La certificación de procesos mediante la Norma ISO (o cualquier otra acreditación/certificación externa), implica el peligro de burocratizar la gestión, hacer cosas que sólo aporten valor para la auditoría. El nuevo documento ha permitido incorporar la esencia de la Norma en los sistemas habituales de gestión, con satisfacción por parte de los responsables de procesos. -Más allá de este resultado satisfactorio, se detecta la falta de un análisis más global de la DAFO para establecer estrategias que aprovechen oportunidades y puntos fuertes. -Otro aspecto importante a mejorar es que el análisis interno se sustente en una revisión profunda del proceso. La incorporación de herramientas Lean ha permitido elaborar una matriz de evaluación interna que, a partir de las pruebas realizadas en 12 procesos, indica que proveerá dicha información de forma exhaustiva y ordenada.

C060.- LA LACTANCIA NATURA, ES POSIBLE. REACREDITACION IHAN.

ORTIZ-OTERO M, FLORES-ANTON B, RIVERO-MARTIN MJ,

MARINERO-ROJAS O.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. FUENLABRADA (MADRID).

OBJETIVOS:

La Acreditación como Hospital IHAN (Iniciativa para la Humanización a la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia),se concede a las maternidades que cumplen los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural, que fomentan una atención respetuosa para el vínculo madre-hijo durante el parto, cumplen el Código de Comercialización de Sucedáneos de Lactancia Materna y que tienen una tasa de lactancia materna superior al 75%. Nuestro centro está acreditado IHAN desde 2006, y en 2011 nos reacreditamos, exigiendo los mismos criterios que en una primera acreditación. Esto supone mantener y adoptar de medidas de mejora, cumplir los Diez Pasos de la IHAN (UNICEF), crear una cultura sobre la lactancia materna, fomentar las buenas prácticas para una lactancia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Creación del Comité de Lactancia, multidisciplinar Sistematizarreuniones, elaborar cronograma de actividades . Creándose varios grupos de trabajo específicos en determinados objetivos y tareas Fomentar la coordinación y participación de Atención Primaria del área Revisión de todas las intervenciones realizadas en materia de lactancia materna, durante los años anteriores y comprobar su eficacia en el fomento de la lactancia materna Revisión del protocolo de lactancia materna Detección de los puntos débiles y áreas de mejora detectadas de cara a la re-acreditación Planificación de formación para formadores y para profesionales relacionados con la maternidad y la mujer embarazada Revisión de la adecuación de las instalaciones de la maternidad y de la consultas a las embarazadas Revisión de folletos e información relativa a la lactancia materna entregada en las distintas fases del embarazo, parto y post-parto Coordinación con los grupos de apoyo.

RESULTADOS:

Número de cursos en lactancia materna, para mantener formados a los profesionales de la maternidad con talleres prácticos - teóricos. Fomento de la investigación en lactancia, con la realización de varios proyectos, presentaciones en congresos y cursos. Se realizan auditorias periódicas de las tasas de lactancia al alta y en el primer año de vida. - Continuidad de las reuniones del Comité de Lactancia que da coordinación al equipo de trabajo - Se han fomentado las actividades para la promoción de la lactancia como por ejemplo, aula de lactancia para reuniones diarias con las madres, videos, carteles, grupos de apoyo externos a los profesionales sanitarios, etc) -Auditorias periódicas del cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna El proximo mes de noviembre, tendremos la evaluacion externa por UNICEF.

DISCUSIÓN:

Para que las buenas prácticas se mantengan resulta imprescindible mantener las auditorias y las reuniones periódicas del Comité de LM, que programen las actividades formativas Mantener un equipo de trabajo que dinamice todas las tareas relacionadas con el fomento de la lactancia materna Esperamos que la evaluacion externa por UNICEF, sea favorable para nuestra re/acreditacion como IHAN.

C061.- DISEÑO, ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) EN UNA COMUNIDAD.

DAVINS-MIRALLES J, GENS-BARBERA M, PAREJA-ROSELL C, LOPEZ-VIÑAS ML, GUZMAN R, GARCIA A.

DEPARTAMENT SALUT. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Detallar el proceso de diseño, elaboración y posterior validación del modelo de acreditación(MA) para (EAP) con el objetivo de garantizar la calidad de la asistencia prestada, responsabilidad de la Administración Pública, estableciendo el nivel de calidad necesario para considerar una organización excelente y impulsar la mejora de la organización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño, elaboración y consenso del MA de los EAP En el mes de septiembre 2009 se creó un Comité Operativo (CO) formado por un miembro del Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación, un experto EFQM, otro Joint Commission International y un experto en el MA de la atención en hospitales. De la revisión de los diferentes MA se obtuvo un documento de trabajo con un total de 628 estándares. Paralelamente, se creo un Grupo Técnico(GT) formado por 35 personas representantes de la atención primaria (AP) con experiencia en calidad y sistemas de acreditación. Su misión: validar la propuesta realizada por CO mediante técnicas de consenso (correo electrónico: selección estándares esenciales para una AP de calidad y reuniones plenarias del CO y el GT, cada 2 meses). Selección estándares mediante acuerdo en la respuesta electrónica 80% y sesiones plenarias Prueba piloto: validación del modelo. Se realizó en 30 EAP(8% del total EAP de nuestra CCAA). Objetivo: Validar el MA surgido del consenso de las reuniones plenarias, para detectar las mejoras o fallos de los estándares para corregirlos y mejorarlos. Acercar el MA, creando cultura de excelencia, para la su implantación futura. Previamente se realizó formación a los directivos de los EAP. Posteriormente,

sesión individual in situ en cada EAP para comprobar la efectividad de la aplicación del MA.

RESULTADOS:

Documento consensuado por el CO y el GT, para pilotar. El MA consensuado tiene la misma estructura que el modelo EFQM y consta de 9 criterios, 34 sub-criterios y 414 estándares. Resultados de la prueba piloto: validez de contenido. El 80% de los estándares estaban bien diseñado, eran adecuados y no emitieron ningún comentario. El porcentaje medio de cumplimiento: 70,4%. 3 equipos no llegaron al 60%, 21 entre 60 y 80% y 6 superaron el 80%. Documento definitivo (post prueba piloto) El MA de EAP consensuado consta de 379 estándares, de los cuales 76 corresponderían a niveles superiores de gestión y 303 puramente de EAP.

DISCUSIÓN:

La acreditación es una estrategia para la mejora de las organizaciones, mediante la que se garantiza al ciudadano unos requisitos previos considerados de calidad. La administración sanitaria es la responsable de revisar de forma periódica este cumplimiento. Hasta la actualidad son escasas las experiencias de acreditación en AP diseñadas a medida de las características propias de los EAP y posteriormente validadas. Podemos afirmar que disponemos de un MA que se ajusta a la realidad de los EAP, y contempla todos aquellos aspectos más relevantes para el funcionamiento de un equipo excelente.

C062.- CERTIFICACIÓN DE ISO 9001:2008 ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA, PARTO Y PUERPERIO EN EL DEPART. DE SALUD DE LA RIBERA.

VILA-CANDEL R, ARNAU-PLAZA T.

DEPARTAMENTO DE SALU DE LA RIBERA. ALZIRA.

OBJETIVOS:

Desde la puesta en marcha del proceso de Atención a la Mujer Embarazada, nos marcamos el objetivo de conseguir la integración de procesos entre la asistencia primaria y la especializada para así poder ofrecer la máxima satisfacción a la mujer, estableciendo el compromiso de realizar un análisis continuo, con el fin de evaluar la actividad realizada y corregir las posibles desviaciones del proyecto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se decidió certificar los procesos de Atención a la Mujer Embarazada, tanto en tres Centros de Salud y en el Hospital de La Ribera. Para ello, se creó un grupo de trabajo responsable de identificar, definir y consensuar los procesos, implantarlos en ambos centros y monitorizarlos. Se integró a las Matronas de Atención Primaria en el paritorio del Hospital y se creó Grupo de Mejora interdisciplinar para la evaluación y mejora continua del proceso antes descrito.

RESULTADOS:

Se definieron tres procesos clave (embarazo, parto y puerperio), que se documentaron y completaron con distintas instrucciones técnicas, consiguiendo la certificación de la Norma UNE-EN-ISO-9001:2008 en diferentes Centros de Salud y en el Hospital Universitario de la Ribera. Se consiguen los primeros puestos de toda la Comunidad Valenciana en cuanto a los acuerdos de gestión que marca la Conselleria de Sanitat. Estos 3 últimos años se han conseguido porcentajes superiores al 90% en la calidad del seguimiento del embarazo, en el 2010 hemos bajado de un 20% la tasa de cesáreas y se ha puesto en marcha con gran éxito el programa piel con piel.

DISCUSIÓN:

Las acciones diseñadas para su mejora continua pretenden abarcar todas sus facetas, la garantía de la calidad de los procesos asistenciales; la difusión de la preocupación por la calidad; la implicación activa de los profesionales; la promoción de la mejora de la calidad percibida por el paciente de la asistencia, la información y el trato recibidos. La integración de procesos entre atención primaria y especializada es la vía para una real gestión por procesos en organizaciones sanitarias y el Grupo de Mejora participa de forma activa en ella, consiguiendo resultados positivos y objetivos. La usuaria advierte el vínculo entre el centro de salud y el hospital y valora muy positivamente la conexión entre ambas instituciones, como así lo muestran las encuestas de satisfacción. La creación de un Grupo de Mejora es la forma más operativa de actuar en el abordaje de la mejora de los procesos, y uno de los puntos clave en la gestión de calidad de los mismos. Lo que se ha iniciado en Alginet, Alberic y Carlet se extrapolará a todos los Centros de Atención Primaria para llegar a una verdadera integración de procesos, algo que pensamos que es inédito en la sanidad pública española e incluso a nivel europeo.

C063.- HACIA EL ÁREA AMIGOS DE LOS NIÑOS, UN PASO AL FRENTE DE UNA FORMA DIVERTIDA.

HARILLO-ACEVEDO FD, AZNAR-MULA IM, CAMACHO-AVILA M, ROMERA-NAVARRO MA, HERNANDEZ-MENDEZ S, ROBLES-BRABEZO JM.

AREA III DE SALUD LORCA. LORCA.

OBJETIVOS:

Formar al personal del área obstétrico- pediátrica de un área de salud sobre la forma de solucionar los problemas que dificultan la promoción de la lactancia materna a través de la elaboración de una herramienta didáctica visual y dinámica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se crea un grupo de trabajo compuesto por matronas/es de atención hospitalaria y primaria, además de residentes de matrona, quiénes elaboraron una representación teatral. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de todas las dificultades que existen para promover la lactancia por los profesionales y soluciones a los mismos, además de la experiencia de los profesionales participantes sobre este tema. Se diseño un guión para una obra de teatro, ya que se consideró un método más dinámico e innovador. Finalmente pasó una revisión de expertos por el comité de lactancia del Área de Salud y el área de calidad.

RESULTADOS:

Se obtiene una herramienta visual que permita fomentar e implicar a todos los profesionales en la lactancia materna.

DISCUSIÓN:

Una herramienta fácil y dinámica además de divertida, que ha ayudado entre otras medidas a comenzar el proceso de cambio no solo entre los profesionales sino también entre los usuarios con el fin de seguir avanzando en la consecución no solo del Hospital amigo de los niños, sino del área amiga de los niños, ya que se implica a los responsables tanto de primaria como de hospitalaria, facilitando y fomentando así la continuidad de los cuidados.

C064.- ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS EN CASTILLA Y LEÓN: MODELO ACREVAL

FERREIRA-RECIO M, GARCÍA-MEGIDO MI, SAHUQUILLO-BARTOLOMÉ S, BURGOA-COBREROS I.

FUND. CENTRO. REG. DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN SANITARIA. VALLADOLID.

OBJETIVOS:

•Obtener un marco para la acreditación sanitaria reconocido, que dé respuesta a la promoción de la evaluación externa de la actividad sanitaria en su conjunto. •Definir un modelo de acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios (CSES), Modelo ACREVAL, describiendo criterios de evaluación, así como las habilidades y herramientas necesarias que los evaluadores han de desarrollar para llevar a cabo las evaluaciones. •Diseñar un proceso de evaluación que permita mejorar continuamente la calidad de la actividad sanitaria en busca de la excelencia, sin perjuicio de la eficiencia y la sostenibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El desarrollo del proyecto ha seguido las siguientes fases: 1. Definición del marco para la acreditación: a través de un grupo focal, se fijó el marco de actuación y se analizó la situación de partida. Esto permitió definir los Ejes principales del modelo y su contenido. 2. Desarrollo del Modelo ACREVAL en Atención Especializada (AE): a través de una revisión de los modelos de acreditación existentes, se establecieron los criterios de evaluación, cuyo cumplimiento se gradaría en una serie de niveles, en función de la verificación de un conjunto de requerimientos mediante evidencias. Estos criterios fueron revisados por expertos del Sistema Sanitario de Castilla y León (Sacyl), para su adecuación al mismo. 3. Diseño del proceso de evaluación: se consultaron las principales metodologías de evaluación, desarrollando las herramientas necesarias para su realización (aprovechamiento de las TIC a la hora de enviar y compartir documentación). Se definieron las características del perfil del evaluador. 4. Validación del modelo: para asegurar la adecuación del modelo a la

realidad y la factibilidad del proceso de evaluación, se contempla la realización de pilotajes en centros tipo de Sacyl.

RESULTADOS:

Se ha establecido un marco conceptual que sirve como referencia para la acreditación de todo tipo de CSES. El Modelo ACREVAL, graduado en 4 niveles de acreditación, cuenta con 5 ejes principales: Gobierno, Profesionales, Procesos Asistenciales, Procesos No Asistenciales, y Resultados. Para centros de AE se han establecido cerca de 200 criterios. Se ha definido un proceso de evaluación basado en una auto-evaluación inicial del centro, la entrega de documentación y la visita de evaluación externa por parte de un equipo evaluador, antes de la decisión de Acreditación por la FQS. Está previsto su pilotaje en un hospital de tamaño medio de Sacyl.

DISCUSIÓN:

El proceso de acreditación de centros sanitarios es una herramienta eficaz para la evaluación y la mejora de los servicios que se prestan en ellos y para establecer si una organización es competente en aquello que hace. El Modelo ACREVAL de la FQS se adecúa a la realidad del Sistema Sanitario de Castilla y León y va a permitir a los centros demostrar su esfuerzo por mejorar en el camino de la calidad y la excelencia, así como contar con un instrumento de comparación.

C065.- PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES, HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL Y LA MEJORA CONTINUA.

GALIOT-TORRES A, JULIÁN-CARRIÓN J, CEBALLOS-POZO M, ALMUEDO-PAZ A, BREA-RIVERO P.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

El objeto del análisis realizado es comprobar como el modelo de acreditación de competencias profesionales, que se está desarrollando en el Sistema sanitario público de Andalucía, permite a los profesionales que de forma voluntaria desean iniciarlo encontrar una herramienta efectiva para analizar su práctica, conocimientos y formación, y detectar áreas de mejora, poniéndolas en marcha reiniciando su acreditación, aportando nuevas pruebas y optando a niveles de acreditación superiores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo de los proyectos que han realizado el proceso de acreditación de sus competencias profesionales, tras desarrollar una primera autoevaluación y haber sido evaluados, desde el año 2006 hasta abril de 2011. La población objeto del estudio está constituida por los profesionales que han desarrollado su proceso de acreditación de competencias profesionales, que se encuentran con su proyecto en fase “Finalizada” y que han reiniciado su acreditación al menos en una ocasión, analizando en que casos el reinicio de la acreditación ha supuesto un aumento en el nivel de acreditación obtenido.

RESULTADOS:

De 2967 profesionales que han acreditado su competencia profesional, desde el año 2006, un total de 1290 (43.48%) han reiniciado su acreditación (nueva fase de autoevaluación), de ellos 342 pertenecen a atención primaria (49.42% de los que han reiniciado) y 948 a atención especializada (41.67% del los que han reiniciado), y han conseguido una mejora del nivel de acreditación alcanzado en la primera evaluación 607 profesionales (47% de los reiniciados y un 20.46% del

total de acreditados), no logrando mejorar el nivel inicialmente obtenido 685 profesionales (53% de los que reinician la acreditación).

DISCUSIÓN:

Con los datos obtenidos, y teniendo en cuenta que ya son más de 14.000 los profesionales que han decidido iniciar su proceso de acreditación de competencias profesionales, deteniéndose a revisar su práctica habitual, es de esperar que al finalizar su proceso de acreditación casi la mitad de ellos habrán realizado al menos dos autoevaluaciones de su actividad profesional. Con ello se constata que para un porcentaje significativo de profesionales, el proceso de autoevaluación y el análisis de las actuaciones que lleva a cabo, recogiendo las pruebas requeridas en base a las recomendaciones recogidas en su manual de competencias, les permite detectar aquellas áreas o actividades susceptibles de mejora, propiciando la adquisición y posterior introducción de las mismas, y alcanzar un mayor nivel de reconocimiento y acreditación. En conclusión y tras el análisis realizado se puede concluir que el modelo de acreditación de competencias del SSPA, y la oportunidad que este ofrece para revisar su propia actividad a los profesionales que lo desarrollan, constituyen una herramienta de gran impacto para el desarrollo profesional continuo.

C066.- DESPLIEGUE DE OBJETIVOS LIGADO A LA INCENTIVACIÓN SIGUIENDO EL MODELO EFQM.

MARTÍNEZ-PATIÑO MD, MEDIAVILLA-HERRERA IN, CALVO-ALCÁNTARA MJ, VÁZQUEZ-CASTRO JE, TELLO-GARCÍA ML, RIVERO-MONTESDEOCA YA.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. MADRID.

OBJETIVOS:

En Contrato Programa de Centro (CPC) para Atención Primaria (AP) es un instrumento de gestión que tomando como referencia el modelo EFQM, establece de manera homogénea objetivos e indicadores comunes para los centros de salud (CS). Estos indicadores se monitorizan periódicamente a través del Cuadro de Mando Integral (CMI) En paralelo se desarrolla un sistema de reparto de la productividad variable anual (incentivos) ligado a la consecución de objetivos, basado en una puntuación otorgada a todos los indicadores del CPC según un método de consenso de un grupo de trabajo. El grupo partió de las puntuaciones del modelo EFQM como referencia inicial pero dando mayor peso a los resultados clave para la organización Objetivo: Definir un nuevo sistema de incentivación en AP, ligado al cumplimento de los objetivos e indicadores del CPC del año 2010 basado en el modelo EFQM.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han evaluado 102 indicadores en 258 CS; los indicadores se agrupan en los 9 criterios del modelo EFQM. Cada indicador se puntúa según ponderación conocida y firmada por los directores de centro con su CPC 2010. La máxima puntuación alcanzable es 100 puntos, 30 asignados al cumplimento de indicadores de criterios agentes (dentro de ellos, 22,75 puntos para procesos), y 70 asignados a criterios de resultados (de ellos, 41,25 puntos para resultados clave). Criterios de asignación de puntos - Si se alcanza el pacto, se obtiene la puntuación asignada al indicador. - Si no se alcanza pero resultado es igual o superior a la CCAA, se obtiene el 75% de la puntuación. - Si el resultado es inferior a la CCAA, pero su evolución respecto a 2009 es positiva, se obtiene el 50%.

RESULTADOS:

Sobre máximo de 100 puntos alcanzables, el rango de puntuaciones obtenido por los 258 CS está entre 46 y 89%, con un resultado global de la CCAA de 72%. Por percentiles la distribución es la siguiente: p10=58%; p25=66%; p50=73%; p75=78%; p90=83%. La mitad de CS (128 centros) tienen un resultado superior al 73% (como el global de la CCAA), un 25% (64 centros) alcanzan más de 78%, y un 10% (26 centros), superan el 83%. Los que están por encima de la media de Madrid lo suelen hacer en un buen número de indicadores. En cuanto a cumplimiento por indicadores, los indicadores de criterios agentes alcanzan un cumplimiento global de 78%; los criterios de resultados, un 69%.

DISCUSIÓN:

La aplicación de este sistema permite evaluar el CPC de forma integral, valorando en él los criterios del modelo EFQM, de modo que todos quedan ponderados y su grado de cumplimiento se refleja en el resultado final del centro. Permite que los profesionales y directores de centro que firmen sus objetivos anuales como compromiso con la organización según el modelo EFQM, y reconozcan al mismo como herramienta de gestión. Su monitorización periódica a través del Cuadro de Mando Integral permite su seguimiento y la mejora continua. Este sistema permite evaluar a todos los profesionales de la misma forma y poder comparar sus resultados.

Sesión de Comunicaciones II

Sala 2

Seguridad II

C068 – C077

C068.- ANÁLISIS DE ERRORES MÉDICOS RECONOCIDOS POR TRES PROMOCIONES DE RESIDENTES DE UNA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR.

SAURA-LLAMAS J, MARTÍNEZ-GARRE N, SEBASTIAN-DELGADO ME, MARTÍNEZ-PASTOR A.

UNIDAD DOCENTE DE M.F.Y.C. MURCIA.

OBJETIVOS:

Conocer las causas de los errores médicos cometidos por los Residentes de una Unidad Docente (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de análisis de los errores médicos recogidos mediante encuesta. Realizado en los Centros de Salud de una Unidad Docente de MF y C. Participaron los residentes de MF y C de las promociones 2007-2011, 2008-2012, y 2009-2013. Se realizan varias preguntas abiertas, como ejercicio práctico dentro de una actividad formativa de su programa teórico – práctico sobre seguridad del paciente. Distribuida y recogida a mano, con respuesta anónima, confidencial, voluntaria y manuscrita. Todos los residentes llevaban ya realizado casi 2 años de su periodo formativo. Se exponen los resultados obtenidos de la invitación a que describieran el último error médico que habían cometido.

RESULTADOS:

Asistieron a los cursos 77 del total de 82 residentes. De ellos Respondieron a la encuesta 75 (97,4%). Todos (100%) reconocen que han cometido errores. De los que respondieron, 65 describían el último error cometido (86,7%). Solo un 13,3 % no sabe o no contesta a esta solicitud. Tras ser analizados por un Técnico de Salud, los errores se agruparon según la causa fundamental del error: -Problemas Diagnósticos: 21 (32,3% de los errores). -Problemas Tratamiento: 19 (29,3%). -Problemas en Comunicación Asistencial: 13 (20,0%). Incluyendo la comunicación e información al paciente, los errores en la entrevista clínica, y hacer lo que dice el paciente. -Seguimiento y revisiones del paciente: 7 (10,8%). -Solicitud de exámenes complementarios: 3

(4,6%). -Derivación del paciente: 1 (1,5%). -Gestión del Tiempo: 1 (1,5%).

DISCUSIÓN:

El tipo de encuesta, el contexto en el que se realizó, y las condiciones de realización dan consistencia a los resultados obtenidos. La tasa de participación y de respuesta fue alta y representa casi el total de 3 promociones completas de residentes. Los resultados fueron analizados por un técnico de salud capacitado y entrenado. Los resultados se han utilizado desde el punto de vista informativo y docente para esos mismos residentes. Conclusiones: Llama la atención la actitud constructiva y de autocrítica que han mostrado los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria respecto a sus errores médicos. Según se desprende del análisis de los errores reconocidos y relatados por los residentes de esas tres promociones, las tres causas fundamentales fueron: los errores en el diagnóstico, los errores de tratamiento y los derivados de los problemas en la comunicación asistencial. Representando estos tres grupos de causas más del 80% del total. Es de destacar la importancia y utilidad de esta información para adecuar y mejorar la formación de los residentes teniendo en cuenta estas necesidades formativas identificadas.

C069.- CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN FORMULARIO DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS (2006-2010)

DEL RIO-MORO O, ALARCON-GASCUEÑA P, MATEOS-GRANADOS A, DELGADO-GARCIA A.

COMPLEJO HOSPITALARIO. TOLEDO.

OBJETIVOS:

Analizar las notificaciones de eventos adversos efectuadas a través de un formulario de notificación electrónico de un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo. Ámbito del estudio Complejo Hospitalario de Toledo. Notificaciones realizadas a través del Formulario Electrónico de Notificación de Eventos Adversos, contiene nueve campos que cumplimentar, es anónimo y voluntario, no deja rastro electrónico. Bases de datos sólo accesible por Unidad Calidad Asistencial. Recogida de datos desde 01/01/2007 hasta 31/12/2010. Variables principales: Localización del paciente, consecuencias del evento, tipo de evento, día de la semana, turno de trabajo, evento evitable, recomendaciones del declarante, profesional que notifica. Variables secundarias: Sexo y edad de la persona que sufre evento adverso, existe descripción del caso. Análisis estadístico con paquete SPSS v 14, por distribución de frecuencias expresado en porcentaje para variables recogidas. Excluidas notificaciones repetidas, no legibles y sin datos suficientes.

RESULTADOS:

Recibidas 194 notificaciones en 4 años, válidas para ser analizadas 166. Distribución por años: 2007 25,90%; 2008 12,05%; 2009 12,06%; 2010 46,99%. La localización de los pacientes más común es “Hospitalización adultos” con 41,57%. En el 72,9% de los casos no se produjo lesión. Problemas de organización/estructura fueron el tipo más destacado 22,29%. El lunes fue el día de más declaraciones con 25,30%, y la mañana con un 33,73% el turno de trabajo. El 95,8% de los casos se consideraron evitables y el 70,48% de los declarantes aportaron alguna

recomendación. Enfermería con 59,64% es el colectivo que más declara. El 55,42% de los pacientes que sufrieron el evento fueron hombres, con una edad media de 57 años. En el 98,14% se describió el caso sucedido.

DISCUSIÓN:

Todavía se sigue utilizando el FENEA para quejas y reclamaciones, hay que seguir formando a los profesionales sobre su utilidad. El último año el impulso se debe a una mayor concienciación de los profesionales sobre la importancia de notificar y la actuación de la Dirección y de la Comisión de Seguridad del Paciente. Debemos trabajar con otros profesionales no enfermeros para que aumente su notificación. Tenemos que procurar una retroalimentación con los comunicantes para que se vea reflejada la utilidad de las notificaciones realizadas.

C070.- ANÁLISIS DE UN CASO CENTINELA CON RESULTADO DE ÉXITUS.

OYA-GIRONA E, VIDAL-ESTEVE E, HERNANDEZ-VIDAL N, AMIGO-FERNANDEZ J, GUARDIA-SANCHO L, PASCUAL-PALACIOS I.

ABS SALOU. SALOU.

OBJETIVOS:

Realizar un análisis causa raíz de un caso centinela para identificar los aspectos de mejora de la actuación tanto organizativa como profesional con la finalidad de minimizar los errores de actuación ante situaciones críticas y el potencial daño innecesario asociado a la atención sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha identificado la situación a partir de un problem report (PR). La comisión de calidad del centro lo analiza y lo diagnostica como caso centinela. Siguiendo la metodología de la mejora continua se crea un grupo multidisciplinario con los profesionales implicados para realizar el análisis causa raíz y la propuesta de soluciones. Para ello, se realizan reuniones de seguimiento, se analiza la situación mediante brainstorming, utilizando el diagrama de Isikawa y se plantean las posibles soluciones, priorizándolas según método Hamlon. Una vez consensuadas las soluciones se realiza difusión interna y externa de los resultados quedando implementado a partir de junio de 2011.Se objetiva que la mayoría de las causas son de tipo organizativo, de actitud y competencia de los profesionales: no cumplimiento del primer eslabón de la cadena de la supervivencia, ausencia de circuito de actuación ante situaciones críticas, desconocimiento del material disponible, no seguimiento del protocolo de reanimación cardiopulmonar (RCP) , aviso incorrecto de la situación de emergencia. Para evaluar la propuesta de mejora realizaremos a los 6 meses de implantación un audit interno a todos los profesionales mediante cuestionario validado, relacionado con conocimientos de material disponible y su localización en el centro, ubicación del procedimiento y los circuitos de actuación en nuestra Intranet, cumplimiento del procedimiento de aviso en urgencias, además de asistencia obligatoria a la formación

continuada periódica de todo el personal sanitario y no sanitario.

RESULTADOS:

Se han creado circuitos de actuación urgente en área básica, servicio de urgencias y vía pública.Se han ubicado en nuestra Intranet para facilitar el acceso a todo el personal del centro. Se ha realizado un procedimiento que estable el tipo de aviso en caso de urgencia por parte del personal administrativo que recibe al paciente. Se implanta una formación continuada periódica obligatoria para todo el personal sanitario y no sanitario tanto del protocolo de RCP como del material disponible y su ubicación en el centro de atención primaria. Todos los éxitus acontecidos en el servicio de urgencias seran analizados como casos centinela.

DISCUSIÓN:

El análisis causa raíz de los casos centinela nos facilita la mejora de la organización en el trabajo, favoreciendo la actitud del personal y potenciando la competencia profesional, minimizando los errores de actuación ante situaciones críticas.

C071.- #SEGPACFHC. ABRIENDO LAS PUERTAS DEL AUDITORIO.

GONZALEZ-RODRIGUEZ JI, MUSITU-PEREZ V.

FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

Transformación de las II Jornadas de Seguridad del Paciente de Fundación Hospital Calahorra con formato tradicional de ponencias ante un auditorio físico y cerrado, en unas Jornadas abiertas en redes sociales al alcance de todo aquel que quisiera seguirnos en directo o de forma asíncrona.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Partiendo de herramientas colaborativas, como Google Docs, y participando a través de redes sociales, como twitter, hicimos una difusión previa, durante y a posteriori de la gestión de conocimiento recopilada con motivo de estas jornadas. Se crearon con carácter especial las siguientes cuentas y/o perfiles en diversas aplicaciones web y herramientas denominadas 2.0: 1. Correo electrónico: jornadaseguridadpaciente.fhc@gmail.com Fundamental para coordinar toda la tarea porque el resto de aplicaciones se irán abriendo contra la cuenta de correo electrónico que hayamos abierto y para coordinar la información y tareas que vayan saliendo al respecto de las Jornadas. 2. Cuenta de twitter: @SegPacFhc (www.twitter.com/segpacfhc) Si queremos difundir las jornadas y queremos participar de las conversaciones que se desarrollen de forma paralela o de manera asíncrona. 3. Canal de comunicación en twitter: #segpacfhc. Las conversaciones en twitter se siguen a través de una etiqueta (o hashtag, en inglés), lo único que se hace es preceder a una palabra clave, la que tú elijas como más representativa, una #. 4. Blog: difusión los días previos y durante las Jornadas de toda la información y la programación en el blog SobreviviRRHHé! (http://sobrevivirrhhe.blogspot.com/) con enlaces a las presentaciones de los ponentes durante los cuatro días que duraron las jornadas. 5. Perfil en slideshare: www.slideshare.net/segpacfhc Es una aplicación web

donde se pueden almacenar presentaciones de diapositivas y que convierte a formato flash cualquier documento creado en powerpoint o pdf.

RESULTADOS:

Dos maneras de medir los resultados de estas jornadas, la tradicional, a través del cuestionario de evaluación de las acciones formativas, eso sí, con el formato de herramienta 2.0 gracias a los formularios de Google Docs. Además, queríamos saber la importancia de la difusión a través de las redes sociales de las Jornadas, para lo cual, necesitábamos medir el alcance obtenido tanto en twitter como en el repositorio virtual de las comunicaciones de los ponentes. Para lo primero, dispusimos de un analizador de tweets que muestra el alcance que ha tenido una palabra, usuario, url, o hashtag en Twitter. Para lo segundo, la propia web www.slideshare.net/segpacfhc dispone de un contador de visitas a cada uno de los documentos en ella disponible, pudiendo conocerse qué presentaciones han tenido mayor número de visitas durante la celebración de las jornadas y en los meses posteriores.

DISCUSIÓN:

Reconocimiento a todos los niveles: 1. Nota de prensa en Diario Médico (26/04/2011): Calahorra busca implicar a su personal en la seguridad. 2. Taller Herramientas 2.0 y Salud. 3. Comisión de Calidad FHC.

C072.- DESARROLLO DE UNIDADES FUNCIONALES (UF) DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES(SP) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

GENS-BARBERA M, DAVINS-MIRALLES J, ALAVA F, GARCIA A, RIART L, OLIVA G.

DEPARTAMENT SALUT. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Desarrollar las UF de SP en la AP en el marco de la Alianza para la SP durante el año 2011-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La primera línea del plan estratégico 2011-2014 en AP de nuestra comunidad(CCAA), está relacionada con la promoción de la cultura de seguridad y entre las actividades operativas a desarrollar, la primera es la identificación de la estructura que deberá impulsar las actividades de SP en AP. Para ello, se crea un grupo impulsor (GI) multidisciplinar con la misión de "crear o potenciar las UF de SP como elemento estratégico clave para impulsar aquellas actividades relacionadas con la calidad y SP en AP integrando una visión transversal" Fases del proyecto: Diseño del proyecto por el GI; conocimiento y sensibilización (plan de comunicación); desarrollo(elemento estratégico: la formación); implicación de los profesionales y evaluación (analizar impacto de las intervenciones realizadas en los equipos de atención primaria (EAP) antes y después) Las actividades principales están integradas en los siguientes aspectos claves: •Liderazgo del Departament de Salut (Subdirección General de Servicios Sanitarios y servicio de promoción de la Seguridad de los pacientes) •Liderazgo gerencial y líderes de las diferentes organizaciones •Creación o potenciación de la estructura y las funciones de las UF de SP •Definición del marco de gestión de la SP mediante el desarrollo del plan estratégico y el Modelo de Acreditación del Departament de Salut en los EAP e inspirado en EFQM (European Foundation for Quality Management) desde la perspectiva de la seguridad asistencial •Implantación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos e incidentes •Elaboración de un cuadro de mando en SP

Ámbito de aplicación En la primera fase, el proyecto se pilotará en 43 EAP, para posteriormente el año 2012 hacerlo extensivo al resto de EAP.

RESULTADOS:

Diseño del proyecto •Diseño plan de comunicación. Se han realizado diferentes sesiones informativas a nivel gerencial, como los diferentes líderes de las organizaciones. •Identificado la estructura y funciones de los líderes de las UF, creando el núcleo básico de SP • Validación del plan estratégico por diferentes profesionales con experiencia en aspectos de SP •Diseño de la metodología para elaborar el modelo de SP a partir del modelo de acreditación en la AP y el cuadro de mando. Para ello se realiza primero una validación con un grupo de expertos y posteriormente validación in situ en los diferentes EAP pilotos 2011.

DISCUSIÓN:

Para alcanzar la excelencia en seguridad clínica en las áreas especialmente críticas de los EAP, es clave implantar una estrategia de gestión de la seguridad, impulsando como elemento estratégico la identificación en los EAP y las gerencias del núcleo básico de SP, que deberá impulsar aquellas actividades destinadas a disminuir el riesgo derivado de los daños innecesarios que puede sufrir un paciente duranto el acto asistencial.

C073.- ALERTA A LA LLEGADA DE PACIENTES COLONIZADOS POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES.

EINODER-MORENO M, RODRÍGUEZ-CAMACHO E, ALHAYEK-AI M, PARDO-LANDROVE MJ, SUÁREZ-LORENZO JM, DOMÍNGUEZ-HERNÁNDEZ V.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

Presentar cómo la creación de una nueva herramienta informática y la coordinación entre los servicios de Medicina Preventiva (SMPr), Admisión y Microbiología pueden hacer posible la detección y aislamiento de pacientes colonizados por gérmenes multirresistentes (GMR) cuando llegan al centro hospitalario. Presentar los datos obtenidos tras su total implementación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El retraso para detectar a los pacientes colonizados/infectados por GMR cuando ingresan en el hospital ha llevado al SMPr del CHUAC a impulsar la creación del sistema de alerta llamado "Pelota Roja". Esta herramienta es un sistema informático que facilita la identificación de los pacientes en Admisión, así como la comunicación, inmediata y automatizada, a los profesionales implicados en el aislamiento y seguimiento del paciente.

RESULTADOS:

Todo paciente que continúa colonizado/infectado por GMR al alta hospitalaria, así como aquellos detectados de forma ambulatoria, son incluidos en el sistema de alerta, traducido en un icono específico (Pelota Roja) en la historia clínica electrónica. Cuando se produce un ingreso, ya sea urgente o programado, existe una doble notificación sobre las recomendaciones de aislamiento de contacto: en Admisión al abrir la ficha del paciente se genera automáticamente un cuadro de alerta que indica la gestión de una habitación/sala individual. El propio servicio de Admisión alerta al médico responsable de paciente sobre la necesidad de aislamiento. Por otro lado, desde informática se notifica, a través de un email automatizado, a los facultativos del SMPr de la situación del paciente. Una vez

recibida la información del paciente, el SMPr realiza el seguimiento epidemiológico para descartar la persistencia de colonización/infección por GMR. Desde la implementación de la "Pelota Roja" hasta marzo de 2011 el 39,9% de aislamientos de pacientes con GMR en el Centro se produjeron por este sistema de alerta. El SMPr confirmó que persistían colonizados/infectados un 58% de estos pacientes en 2009, 68,3% en 2010 y 67,6% en 2011.

DISCUSIÓN:

El elevado porcentaje de pacientes que fueron detectados por el sistema de alerta y continuaban colonizados/infectados por GMR en su estancia hospitalaria, pone de manifiesto la importancia de disponer de sistemas que identifiquen de forma rápida a estos pacientes para disminuir el riesgo de transmisión cruzada durante su estancia hospitalaria.

C074.- NOTIFICACIÓN WEB EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER EN ATENCIÓN PRIMARIA

OLIVERA-CAÑADA GO, BARTOLOME-BENITO EB, MORON-MERCHANTE JM, GARZON-GOMEZ GG, SANZ-DEL OSO JS, MIQUEL-GOMEZ AM.

GERENCIA ATENCION PRIMARIA. MADRID.

OBJETIVOS:

La seguridad del paciente es un reto internacional. Los principales Organismos e Instituciones Sanitarias han promovido la necesidad de notificar incidentes y errores de medicación que permitan aprender del análisis de errores y generalizar prácticas seguras. OBJETIVO: Diseñar e implantar un sistema web de comunicación y gestión de los incidentes sin daño y errores de medicación (CISEMAP) acaecidos en los Centros de Salud de la Comunidad, garantizando la normalización, confidencialidad, accesibilidad, unicidad en el registro, validez de la información y fiabilidad de su explotación, de manera que sea posible conocer los problemas más frecuentes de seguridad de la práctica asistencial y generalizar prácticas seguras.

MATERIAL Y MÉTODOS:

•Se constituyó un grupo de trabajo integrado por miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGRS). •Se hizo un análisis de situación y una revisión bibliográfica para preparar el diseño posterior del proceso de comunicación de incidentes de seguridad. •Se identificaron las aplicaciones existentes en las extintas Áreas de Salud y se seleccionó, según cumplimiento de criterios, una de ella para su generalización.

RESULTADOS:

•Se hizo un rediseñó que permite recoger y gestionar los incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación notificados por los 7720 profesionales que trabajan en los 260 Centros de Salud y 158 consultorios de la Comunidad. Gracias a la aplicación, las UFGR acceden a las notificaciones, las valoran en función de la prioridad de adopción de medidas, clasifican, analizan y definen actuaciones, elaborándose automatizadamente un informe

para su consulta según los niveles de visualización establecidos. En los Errores de Medicación, la valoración la realiza el Farmacéutico de la UFGR. •Se ha dado formación en su utilización a los 70 miembros de las UFGRS ,y posteriormente a los 260 responsables de seguridad de los centros •En estos momentos está en fase de pilotaje, en 7 centros de salud, previa a su implantación en el segundo trimestre de 2011. •En octubre se dispondrá de datos estadísticos de CISEMAP.

DISCUSIÓN:

CISEMAP va a conseguir unificar en toda la Comunidad la comunicación de incidentes y errores de medicación garantizando el feed back a los profesionales. Es garante de confidencialidad y anonimato. Es una herramienta de comunicación al servicio de los profesionales, de los técnicos y de los directivos responsables de la seguridad del paciente en la Organización. Su puesta en marcha va a permitir generar una aproximación cuantitativa al número de eventos adversos, contribuir a identificar puntos débiles del sistema, a difundir la cultura de la seguridad y aumentar la conciencia de los problemas de seguridad. Permite el desarrollo de estrategias de prevención y detección.

C075.- SEGURIDAD DEL PACIENTE. CAÍDAS EN MEDIO HOSPITALARIO.

SEVILLA*-HERNÁNDEZ EA, ALCARAZ J, QUDSI-SINCLAIR S, GARCÍA F, GIMENEZ-ABADIA MA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y datos de gestión de los pacientes que sufrieron caídas durante el proceso de hospitalización en el Hospital General Universitario Morales Meseguer (HGUMM) durante el período comprendido entre los años 2005 y 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de las historias de los pacientes ingresados entre los años 2005 y 2010 que sufrieron un episodio de caída documentada intrahospitalaria. Se obtuvieron datos epidemiológicos como la edad, el sexo y la zona de salud, así como datos referentes a la gestión de las hospitalizaciones como: tipo (urgente o programado) y servicio de ingreso y duración de la estancia. También se obtuvieron variables clínicas como el diagnóstico principal al ingreso y lesiones derivadas por la caída. El análisis estadístico descriptivo de las variables mostró las cualitativas en forma de frecuencias y las cuantitativas como media y desviación estándar. También se aplicó el paquete estadístico SPSS®.

RESULTADOS:

Durante el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010 se detectó un total de 2827 ingresos (promedio de 564 por año) con caídas, de los cuales el 19% (54) fueron verificadas durante el proceso de hospitalización. Los pacientes que presentaron un episodio de caída intrahospitalario: 24 mujeres y 30 hombres con una media de edad de 80 ± 14,13 (40,94) y 72 ± 9,67 (52, 93) años, respectivamente, permanecieron ingresados un promedio de 15 ± 10,75 (0, 39) días. El servicio hospitalario en el que se documentaron más casos fue Medicina Interna con un total de 32 caídas (60%). El resto de servicios presentaron casos aislados: 6 en especialidades quirúrgicas, 7 en otras especialidades

médicas y 4 en Psiquiatría. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: patología de origen cardiaco (8), cerebrovascular (5), respiratoria (5), digestiva (6) y deterioro del estado general (7). Se detectaron cinco episodios de contusión facial, tres de fractura costal cerrada, dos fracturas de clavícula, dos vertebrales, una de húmero proximal, dos de cúbito-radio (proximal y distal, respectivamente), tres de metacarpianos, dos de tibia-peroné proximal, tres de tobillo y un polifracturado.

DISCUSIÓN:

Los pacientes que sufren caídas en ambiente intrahospitalario se caracterizan por presentar niveles de morbilidad elevados, edades avanzadas e importante grado de dependencia. Dada la idiosincrasia de estos enfermos, el servicio que más episodios de traumatismos durante el ingreso documentó fue Medicina Interna. La adecuada documentación y protocolización del registro de caídas intrahospitalarias resulta fundamental a la hora de establecer medidas de prevención efectivas.

C076.- RESULTADOS DE UN MÉTODO DE DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS APLICADO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.

GORDO-ORTEGA J, MARTÍNEZ-NOGUERAS R, ARBOLEDA-SÁNCHEZ JM, HEREDIA-GALÁN MV.

COMPLEJO HOSPITALARIO. JAEN.

OBJETIVOS:

El uso de determinadas señales como precursores para identificar eventos adversos (E. A.) es un método efectivo para medir de forma conjunta el nivel de seguridad y daño en una institución sanitaria. En nuestro complejo hospitalario se inicia en el año 2010 el uso de IHI Global Trigger Tool for Measurinng Aes, con el objetivo de obtener una visión general del estado de seguridad de nuestros pacientes y poder obtener cifras de evolución de eventos adversos así como un método de evaluación de distintas iniciativas en pro de la seguridad del paciente puesto en nuestro hospital. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de detección de E.A. tras 30 meses de aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La metodología utilizada por The Trigger Tool se basa en la revisión de las historias de pacientes dados de alta, obtenidas de forma aleatoria en la que se identifican marcadores que identifican posible efectos adversos. Las historias son revisadas por dos personas, en nuestro caso enfermeras, de la UGC de Medicina Preventiva. Los resultados obtenidos por los dos evaluadores son validados por el facultativo de la unidad. Los criterios de inclusión son altas codificadas y con el informe de alta realizado, con estancia superior a 24 horas. En el estudio original se excluían los menores de 18 años, nosotros realizamos una modificación en el método e incluimos a este grupo de estudio. La hoja de cribado cuenta con seis módulos de marcadores, dos de ellos generales y cuatro específicos según la unidad de estudio. Se establece que 20 minutos es tiempo de revisión suficiente para detectar la existencia de marcadores en la historia por una enfermera entrenada.

RESULTADOS:

La explotación de los resultados está pendiente, se adjuntará en comunicación definitiva.

DISCUSIÓN:

La utilización de este sistema, creemos, supone una oportunidad para detectar áreas de mejora y aunque no permite la comparación con otros hospitales, sí dispone de estabilidad dentro de la misma organización, consumiendo pocos recursos humanos y de tiempo. Al realizarlo revisores experimentados, creemos se pueden detectar casi todos los eventos de categoría superior a E, catalogada como daño temporal que requiere intervención. A falta de los resultados definitivos, los generales obtenidos dentro de nuestro hospital, no sitúan dentro de los resultados detectados con otras metodologías distintas, que se encuentran en 100 E.A. /1000 pacientes día o 50 E.A. por cada 100 ingresos ó 30% del total de ingresos, que padecen algún tipo de evento adverso.

C077.- MANO A MANO, IMPACTO DE UNA INTERVENCION CONJUNTA.

SAGRERA-FELIP CS, OBIOLS-ARDERIUS AO, SABROSO-OLIETE MS, COLOMER-CASTRO AC.

CAPIO HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. BARCELONA.

OBJETIVOS:

La Seguridad del Paciente es una línea estratégica de nuestro hospital . La dirección de Enfermeria ha apostado por la creación de dos figuras liberadas de la asistencia directa al paciente para liderar proyectos dirigidos a aumentar su seguridad. OBJETIVOS: Demostrar que las figuras de las enfermeras del control de la infección y seguridad del paciente tiene una repercusión directa en la mejora de los cuidados dirigidos al paciente. Los conocimientos de dos ámbitos diferentes aumentan la seguridad de los cuidados y por tanto disminuyen los efectos adversos que aparecen durante la estancia hospitalaria. Demostrar que el rigor y credibilidad de nuestro trabajo se ha reflejado en la aceptación de las dos figuras por parte del resto de profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nos hemos basado en la metodología de la mejora continua de la calidad asistencial, con la realización de cortes mensuales de prevalencia de los indicadores de enfermería: flebitis de vía periférica, y úlceras por presión, vigilancia continua de las caídas de los pacientes ingresados y de los hemocultivos realizados, revisando historias clínicas de los pacientes afectados, valorando factores de riesgo y analizando resultados. Hemos realizado propuestas de mejora, notificando los resultados a Dirección de Enfermería con informes trimestrales y realizado sesiones formativas al personal por unidades y turnos. Posteriormente se han puesto en marcha las medidas propuestas y evaluación de las mismas.

RESULTADOS:

La creación de estas dos figuras permite el mejor conocimiento de los problemas, a través de un aumento en la vigilancia pasando de controles trimestrales a mensuales, valoración de los factores de riesgo, aplicación

de medidas preventivas, instauración de controles periódicos y formación del personal de enfermería con una repercusión directa en los resultados y implicando un aumento de la seguridad de nuestros pacientes. Incidencia de flebitis de vía periférica (2009: 5’03%---2010: 2’17%); úlceras por presión intrahospitalaria /nº total de pacientes ingresados (2009: 2’95 ---2010: 2’51) úlceras por presión intrahospitalaria /nº total de pacientes de riesgo medio/alto ingresados (2009: 14,87 ---2010: 5’11); caídas (2009: 1,41 ---2010: 1’96 inicio del proyecto de caidas ,aumento de la notificación) y hemocultivos contaminados (2009: 6,19% ---2010: 2,98).

DISCUSIÓN:

El aumento de la vigilancia mejora los resultados La dedicación exclusiva por parte de estas dos figuras, siendo referentes para los profesionales de nuestro hospital; lleva a compartir responsabilidades, unificar conocimientos, trabajar conjuntamente con un objetivo común y desde la perspectiva de la seguridad con el propósito de la prevención de los efectos adversos. El trabajo en equipo ha potenciado el resultado de nuestro trabajo diario y con ello hemos ganado un valor añadido como profesionales.

Sesión de Comunicaciones II

Sala 3

Gestión I

C078 – C089

C078.- ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIAS. PLAN DE ACTUACIÓN.

ROMÁN-FUENTES M, DEL NOZAL-NALDA M, VILAPLANA-GARCÍA A, DEL ÁLAMO-HERNANDO I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Establecer el Plan de Actuación para el abordaje del Proceso de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica de Atención Hospitalaria (UGCAH), tomando como referencia los Manuales de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica y Laboratorios Clínicos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Cada Unidad, formada previamente por la Subdirección de Calidad en el modelo de acreditación y en la aplicación informática que da soporte al proceso, constituye grupos de trabajo multidisciplinares, designa la figura del responsable interno del proceso y los autoevaluadores y responsables de áreas de mejora. La Subdirección de Calidad, establece una propuesta de cronograma de trabajo para el análisis de los estándares que componen el Manual, contemplando el posicionamiento en todos ellos (grupos I, II y III), se acuerdan las fechas de las reuniones semanales de consenso en las que se analiza el trabajo previo aportado por cada autoevaluador, se resuelven dudas y se identifican áreas de mejora en relación con los estándares. El cronograma de trabajo se planifica para finalizar el trabajo varios meses antes de la visita de evaluación con objeto de dar tiempo a reforzar el conocimiento entre los profesionales de los nuevos procedimientos, protocolos, cambios organizativos, etc, que se hayan llevado a cabo.

RESULTADOS:

El Hospital cuenta en la actualidad con 6 UGCAH acreditadas: Dermatología (% cumplimiento estándares 68,8%: 84,6% grupo I; 65,5% grupo II; 16,7% grupo III), Ginecología y Obstetricia (% cumplimiento estándares 61,61: 86,15% grupo I; 41,38% grupo II; 5,56% grupo III, actualmente en fase de renovación de la acreditación),

Neonatología (% cumplimiento estándares 59,5%: 83,1% grupo I; 32,1% grupo II; 16,7% grupo III), Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (% cumplimiento estándares 69,3%: 89,1% grupo I; 45% grupo II; 27,6% grupo III), Neumología (% cumplimiento estándares 59,8%: 87,7% grupo I; 24,1% grupo II; 16,7% grupo III), Endocrinología y Nutrición (% cumplimiento estándares 59,1%: 85,9% grupo I; 32,1% grupo II; 5,6% grupo III) Otorrinolaringología (% cumplimiento estándares 63,6%: 90,6% grupo I; 35,7% grupo II; 11,1% grupo III), 4 en autoevaluación (Ginecología y obstetricia (renovación de la acreditación), Medicina Interna, Cirugía Maxilofacial, Laboratorio Clínico) y una pendiente de estabilización de estándares obligatorios (Urología).

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la utilidad de los procesos de acreditación como herramienta para el establecimiento de planes de mejora internos en las Unidades. La participación multidisciplinar aporta valor añadido y contribuye a la implantación de estrategias de cambio. El trabajo con todos los estándares enriquece el proceso y supone una mayor motivación entre los profesionales. La participación de la dirección de la Unidad y del Hospital, es imprescindible para el éxito del proceso y su implicación contribuye a motivar y aunar esfuerzos ante las dificultades que surgen durante el proceso.

C079.- LOS ESTUDIOS DE SUEÑO EN DOMICILIO CON TELEMEDICINA REDUCEN LA DEMORA Y AUMENTAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.

DURAN-CANTOLLA J, MARTINEZ-NULL C, DURAN-CARRO J, BAREZ-HERNANDEZ EM, COLLIA-POSADA AM, SANCHEZ-BERNAL R.

HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA.

OBJETIVOS:

En los últimos diez años, la Unidad de Trastornos del Sueño de nuestro Hospital (UTS), aunque ha triplicado su capacidad, es insuficiente para atender la demanda de pruebas de sueño, especialmente, en relación al síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS), ya que el incremento de la demanda genera largas listas de espera. Nuestro objetivo fue desarrollar y validar un proyecto de colaboración entre nuestra UTS y la empresa suministradora de CPAP (Es un tratamiento que distribuye aire ligeramente presurizado durante el ciclo respiratorio, a través de una presión positiva en la via aérea), para la implantación de estudios de sueño domiciliarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Definición de las variables por Polisomnografía (PSG) y/o poligrafía respiratoria. La PSG/PR se realizará a todos los pacientes en quienes se indique esa prueba con intención de diagnosticar o descartar un SAHS. Los sistemas a emplear serán aquellos aceptados y publicados en las guías internacionales. La PSG/PR se realizará durante el período nocturno y según las indicaciones del Documento Nacional de Consenso sobre el SAHS , así como las últimas recomendaciones de la American Academy of Sleep Society. En Junio del 2009 diseñamos, en colaboración con la empresa Oximesa SL, un sistema para la realización, bajo supervisión del Hospital, de pruebas de sueño simplificadas (60% del total) en domicilio, con posterior recogida y volcado del estudio en un servidor encriptado, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos. Desde la UTS analizábamos los resultados y emitíamos el informe clínico que era entregado al paciente en consulta. La empresa colaboradora no tenía ninguna participación en la decisión diagnóstica ni de tratamiento,

ni tampoco en la necesidad de repetición del estudio, que lógicamente se decidía en la UTS.

RESULTADOS:

1. El nº de pacientes en lista de espera para realizar una prueba de sueño fueron en 2007 y 2008 de 901 y 983 pacientes, respectivamente, con un incremento anual del 10%. La implantación de este programa (junio 2009) redujo las listas de espera media en 2009, 2010 y 2011 (14 de Mayo de 2011) a 814, 257 y 200 pacientes, respectivamente. 2, Aunque han bajado todos los items, los mayores descensos se han producido en los estudios domiciliarios (de 4,4 meses a 1,2) y en los niños (de 8,7 meses a 4,4 meses). 3. Esto supone en la actualidad una espera técnica de 1-12 semanas para las diferentes pruebas, frente a los más de 8,7 meses que había que esperar con anterioridad. El 10% de los casos la prueba hubo de repetirse por fallo técnico lo que está dentro del rango aceptable y la preferencia de los pacientes se decantó claramente por el uso del domicilio en más del 90%.

DISCUSIÓN:

La implantación de estudios domiciliarios con la colaboración externa de empresas supone una clara reducción de las listas de espera sin pérdida de calidad y es preferida por los pacientes.

C080.- IMPACTO DE UNA ESCUELA PERMANENTE DE CIRUGÍA MENOR COMO ACCIÓN FORMATIVA CON SOLO DOS ALUMNOS POR EDICIÓN

MOTA-GRACIA JA, ALBARRACIN-NAVARRO JL, GARCIA-MORAL P, FERNANDEZ-RUFETE-MUÑOZ C, NAVARRO-MUÑOZ L, UBEDA-COSTELA MJ.

AREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. LORCA.

OBJETIVOS:

Demostrar que una acción formativa puede ser muy efectiva con solo dos alumnos. La Escuela Permanente de Cirugía Menor Ambulatoria pretende estimular la práctica quirúrgica en los EAP y Urgencias, con la finalidad de: • Acercar y facilitar al ciudadano el acceso a la CmA, hasta ahora limitados al Hospital de Lorca. • Evitar innecesarias esperas para los usuarios • Aumentar la capacidad de resolución de problemas de los especialistas en Medicina Familiar de nuestra red de Atención Primaria de Salud. OBJETIVOS ESPECÍFICOS de la EPCmA 1) Transmitir las maniobras quirúrgicas básicas mediante la práctica continuada en un quirófano, trabajando sobre un campo real durante un periodo suficiente que le permita asimilar el conocimiento de técnicas y procedimientos propios de esta especialidad hasta conseguir un entrenamiento apropiado que faculte y proporcione al profesional sobradas habilidades para realizarlas personalmente. 2) Desarrollar y fortalecer habilidades quirúrgicas ya adquiridas anteriormente en los cursos teóricos. Involucrar al profesional de AP con la cirugía. 3) Proporcionar soluciones ante problemas surgidos en la misma intervención. Prevenir complicaciones. 4) Renovar y poner al día los conocimientos de anatomía aplicada 5) Implantar la Consulta de Cirugía Menor como entidad permanente y actividad habitual en los EAP. 6) Creación de equipos de cirugía menor consolidados en todos los centros de salud (ocho al menos) y SUAP (tres al menos) del Área III con la dotación suficiente de material. En el año 2010 se crearon 6 equipos. 7) Eliminar la lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio del Impacto mediante: o Recogida de datos del departamento de Contabilidad Analítica del Área III o y de los registros de actividad quirúrgica de los centros de salud en los que se han formado equipos. o Estudio comparativo del gasto AP/Especializada.

RESULTADOS:

Se obtienen datos muy significativos sobre: •Beneficios económicos. Con una evaluación de la Rentabilidad/Impacto cuantificable muy alta y un rendimiento neto de 1448 € por edición •Reducción de la lista de espera •Reducción de la frecuentación por consultas secundarias en o Puerta de Urgencias Hospitalarias y SUAP o Consultas repetidas en el Centro de Salud por la misma causa •Aumento de la seguridad y autoestima del facultativo •Mejora de la relación entre AP y Especializada •Incremento de la satisfacción del usuario •Disminución de las consultas externas de Cirugía •Aumento del prestigio del facultativo •Disminución de las altas tasas de derivación de CmA al Hospital.

DISCUSIÓN:

Pese a la baja cifra de alumnos y el elevado coste de la acción formativa, el beneficio económico es altísimo y la disminución de la lista de espera junto con la disminución de la frecuentación secundaria hacen recomendar la continuación de este modelo de acción formativa. Es decir, sale mas barato hacer este tipo de acciones formativas que hacer ‘peonadas’.

C081.- GESTIÓN INFORMATIZADA DEL RIESGO CLÍNICO: RESULTADOS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

EZPELETA-SAENZ DE URTURI E, ENRIQUEZ DE SALAMANCA-HOLZINGER I, QUINTELA-PORRO V, FACCIO-LOPEZ S, FERNANDEZ-BREA J, REY-BARBOSA T.

HOSPITAL POVISA. VIGO.

OBJETIVOS:

reducir el riesgo asociado a la hospitalización planificando la atención en función de parámetros específicos de frecuencia y gravedad de los riesgos, elaborar una solución informática que partiendo de la identificación de riesgos existentes, genere perfiles específicos de riesgos en función de factores intrínsecos o extrínsecos estableciendo un plan de acción adaptado a cada paciente hospitalizado, evaluar en tiempo real la adecuación de los planes establecidos a los riesgos identificados y ganar en efectividad y proactividad: establecer acciones correctoras de manera inmediata.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se constituye un equipo de investigación con enfermería e informática, trabajando en la integración de los programas de calidad y seguridad. En 2008 se acoge la Joint Commission como modelo de desarrollo. Se adopta la metodología de gestión del riesgo clínico identificándolo, estratificándolo, creando perfiles de riesgo y planes de acción adecuados. En 2009 se inicia el pilotaje y, actualmente, el sistema está implantado en todo el hospital. Es una solución innovadora de desarrollo propio, focalizada en la seguridad del paciente a través de la gestión del riesgo, con una atención integral del mismo desde su ingreso hasta el alta. Integra la prescripción electrónica que además valida y concilia la medicación y genera alertas. Permite la monitorización de datos en tiempo real y admite modificaciones en función de la mejor evidencia disponible.

RESULTADOS:

El resultado más importante es la mejora de la cultura de seguridad del hospital, obteniendo resultados de impacto

sobre el paciente, al evaluarlo adecuadamente; sobre la práctica de los profesionales y la metodología de trabajo, al disminuir la variabilidad de las prácticas seguras; sobre la organización, la formación y la estructura.

DISCUSIÓN:

Esta solución informática nos permite recibir información de la que adolecíamos. Logra un aprovechamiento de los recursos humanos, ya que facilita la recogida de muchos datos que antes debía hacerse por observación directa o búsqueda en historias clínicas. Abarca la totalidad de los pacientes y los datos, evitando las monitorizaciones por cortes transversales y permitiendo estudios retrospectivos y en tiempo real. La Seguridad al Paciente forma parte del lenguaje habitual y del quehacer diario de todos los profesionales.

C082.- PROYECTO CASTELLBOU: VALORES PROPIOS Y BLOG DE COHESIÓN CULTURAL ENTRE DOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

MARTINEZ-JULIA L, GASCON-FERRET J, BURGOS S, MURILLO-CORONADO N, CIFUENTES-MORA E, CUBELLS I.

CENTRO SANITARIO CASTELLDEFELS. BARCELONA.

OBJETIVOS:

En nuestra ciudad (63.000 habitantes), los dos equipos de atención primaria, 1 de ellos consorciado con Ayuntamiento; hemos creado un proyecto común basado en la dirección por valores, el lideraje participativo y con la implicación de los profesionales, con el objetivo de conocernos, colaborar y cooperar para mejorar la calidad y continuum asistencial de nuestros ciudadanos. Existe una comisión referente multidisciplinar que lidera las diferentes actividades realizadas desde enero 2010 para alcanzar los objetivos expuestos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Enero 2010: creación de una comisión multidisciplinar con profesionales de los dos centros e implicación directiva, para iniciar proyecto de dirección por valores.

Febrero 2010: Concurso para la elección de un logo que represente la unión de los dos centros.

Abril 2010: Primera Jornada Castellbou: en formato lúdico formativo para promocionar el contacto interpersonal y trabajar en la Dirección por Valores, con la colaboración de experto psicólogo social, que nos ayudó a definir los Valores en 4 ejes: pragmático (resolución), poético (ilusión), ético (autenticidad) y supravalor (confianza). Valores CRIA

Diciembre 2010: Organización conjunta del aperitivo de Navidad; el amigo invisible y, recogida de cartas para los reyes magos.

Febrero 2010. Segunda Jornada Castellbou: presentación de las acciones llevadas a cabo durante el año, sondeo de opinión sobre el proyecto y encuesta de recogida de ideas.

Marzo 2011: mailing de feedback a todos los profesionales, con los resultados obtenidos en la encuesta de la segunda jornada y propuestas de actividades nuevas.

Abril 2011: encuesta para elegir con baremación, algunos talleres originales, propuestos por la comisión.

Mayo 2011: creación blog Castellbou con imagen identificativa y valores CRIA.

RESULTADOS:

Comisión: 5 administrativos, 3 enfermeros, 2 médicos, 1 pediatra, 5 directivos Concurso logo: 13 propuestas; una ganadora. Primera Jornada Castellbou: 120 profesionales. 4 valores: confianza, resolución, ilusión, autenticidad. Aperitivo navidad y amigo invisible: 100 y 35 profesionales, respectivamente Cartero real y pages: 25 cartas y 32 fotos. Segunda Jornada Castellbou: 83 profesionales. Responden encuesta: (100 %). Propuesta de tercera jornada: a favor (61%), en contra (12,9%) y no saben/contestan (25,9%). Talleres originales: 23 votaciones. Talleres priorizados: masajes, fotografía, hablar en público, plantas y salud, cocinando el erotismo. Masajes: 18 asistentes, 3 docentes compañeros fisioterapeutas. Blog: muro principal con noticias. Espacios específicos: Comisión; Salut emocional, reflexions éticas, éxitos-anecdotario. Galería de imágenes y videos. Encuestas. Enlaces de interés.

DISCUSIÓN:

Un proyecto común basado en la dirección por valores, el lideraje participativo y con la implicación de los profesionales de los dos centros de salud, permite seguir trabajando para la mejora de la calidad asistencial y la satisfacción de profesionales e usuarios.

C083.- APLICACION WEB PARA LA GESTION INTEGRAL DE LA CALIDAD.

PERIAÑEZ-VEGA M, GARCIA-RIOJA F, ESPOSITO-GONFIA T, FERRERO J.

AGENCIA DE LA CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Favorecer la elaboración de planes de desarrollo adaptados a las necesidades de mejora individuales de los profesionales, en el marco de cada las Unidades de Gestión Clínica. Servir de soporte a la gestión de planes de desarrollo individual basados en niveles de capacitación inicial de cada uno de los profesionales en relación a las prácticas concretas que configuran los mapas de competencias tipo de cada puesto de trabajo. Facilitar los procesos de acreditación de competencias profesionales, unidades de gestión clínica y la formación. Impulsar la implantación de las líneas estratégica del Sistema Sanitario de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desarrollo de una aplicación web corporativa y colaborativa (GPDI), a través de la que los responsables de los servicios pueden configurar los mapas tipo de los puestos de trabajo de su unidad, teniendo en cuenta los escenarios reales de cada unidad o servicio, las estrategias a desarrollar, los objetivos a lograr y los requisitos específicos que dibujan el perfil requerido para cada uno de esos puestos. La aplicación contiene, en formato "buena práctica" todos los estándares que forman parte los procesos de acreditación, como punto de partida para la configuración de esos mapas, sobre los que los profesionales realizan su autoevaluación para detectar y obtener un plan de mejora individualizado. Cada una de esas prácticas son, además asociadas a los objetivos específicos, permitiendo evaluar el impacto de las acciones de mejora sobre el desarrollo profesional, la organización y los indicadores de salud. Al ser una herramienta colaborativa, los mapas tipos que se van generando son automáticamente puestos a disposición de todas la Unidades, que pueden seleccionar el que mejor se adapta

a sus circunstancias particulares y acomodarlo a su escenario real.

RESULTADOS:

Entre abril y junio, tras una fase de seis meses de pilotaje con 72 unidades, la aplicación ha sido implantada en 10 centros, aproximadamente 220 unidades, lo que supone ya un 20% de la implantación que culminará en el mes de octubre con l totalidad de las unidades de gestión clínica. Se han configurado más de un centenar de mapas tipo. Se han identificado más de 1000 prácticas específicas de puestos de trabajo. Se han elaborado itinerarios formativos específicos como el de directores de gestión clínica y el de seguridad del paciente adapatados a las necesidades identificadas.

DISCUSIÓN:

La herramienta web en entorno colaborativo está permitiendo que más de 12000 profesionales de la salud obtengan su plan de desarrollo individual, al tiempo que permite a los responsables configurar cómo quieren que sea sus unidades y gestionar los elementos claves: procesos asistenciales, investigación, docencia, desarrollo profesional, seguridad del paciente, etc.

C084.- CUANDO NO BASTA CON LAS BUENAS INTENCIONES: EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL RECONOCIMIENTO A LAS PERSONAS.

DULANTO-BANDA RA, DEOCAL-REINA S, GARRIDO-VALVERDE I, FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP, BLÁZQUEZ-SÁNCHEZ MP, RAMOS-GONZÁLEZ MJ.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

1) Evaluar la aplicación de un procedimiento y cuadro de reconocimientos, implantados desde el 2010 en una gerencia de Atención Primaria (GAP). 2) Detectar puntos sensibles relacionados con esta estrategia de motivación, a través de un grupo constituido para ello.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal de los reconocimientos no verbales durante el 2010 en una GAP. Además de la difusión inicial del procedimiento y el cuadro a toda la Gerencia, posteriormente se enviaron recordatorios periódicos. Se estableció el circuito desde la identificación del motivo a reconocer hasta la recepción por la persona del reconocimiento respectivo. El registro se realizó a partir de las solicitudes emitidas por los líderes de la organización, los compañeros o la misma persona. No se incluyeron aquellos relacionados con carrera profesional, incentivación económica, ni formación.

RESULTADOS:

De los 520 profesionales que trabajan en la Gerencia, 176 personas fueron reconocidas por al menos un motivo registrado en el 2010 (33,8%). Los principales motivos fueron: participación en eventos (22,3%), en grupos o comisiones (17,6%) o en los premios de investigación (16%). Quienes más han solicitado el reconocimiento para los profesionales de la gerencia han sido el Gerente (35,9%) y la Subdirección de Enfermería (32,1%). 92,5% se dieron a través de cartas en papel o por correo electrónico. El 95% de los reconocimientos fueron “individuales” (no grupales). El mayorporcentaje de estos

ha sido para: a. Centros de Salud, Punto de Atención Continuada (urgencias de AP) u otras Unidades de Apoyo (66%). b. Personal sanitario (75,4%). c. Categorías profesionales B (diplomados, 57,45%, principalmente enfermería) y A (licenciados, 27,5%, principalmente médicos). El grupo ha detectado una sensibilización diferente según el servicio o unidad con el tema del reconocimiento, aunque de manera subjetiva. Durante este periodo se comunicaron al Equipo Directivo 3 motivos de insatisfacción con algunas políticas de reconocimiento grupales, siendo hasta el momento resueltas 2 de ellas.

DISCUSIÓN:

A pesar de que la proporción de personas reconocidas parece ser elevada, no es posible saber si se está ejerciendo el reconocimiento en todos los casos recomendados. Se ha detectado que el reconocimiento no sirve de nada si la actividad extraordinaria se impone, sin explicación ni alternativa: el profesional no se implica y el efecto del reconocimiento es contrario. Tampoco se explican las diferencias de reconocimientos entre diferentes categorías profesionales. Los puntos débiles del procedimiento son la dificultad para medir los reconocimientos verbales y la percepción de algunas medidas de reconocimiento "generales" como derechos adquiridos, cuando no lo son. Las áreas de mejora incluyen el rediseño de los documentos, crear un formulario de registro a través de la Web, desglosar el análisis por colectivo, centros, servicios y unidades, y proponer intervenciones más directas en donde exista margen de mejora.

C085.- DESPLIEGUE DEL PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA DESINFECCIÓN Y LA ESTERILIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA CCAA.

MARTÍNEZ-PATIÑO MD, JIMÉNEZ-GÓMEZ MC, MATEOS-RODILLA JU, GARCÍA-CUBERO MC, ALBÉNIZ-LIZARRAGA CA, ALEMANY-LÓPEZ AN.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

OBJETIVOS:

Implantar buenas prácticas, sistematizar los procedimientos y mejorar la capacitación de los profesionales en la gestión de la higiene del material sanitario (HMS), para aumentar la seguridad de los pacientes de A. Primaria mejorando el control de la infección asociada a los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El despliegue del plan consta de las siguientes fases y actividades:

1. PREPARACIÓN

Informar a las Direcciones Asistenciales (DA) del plan, designar a un responsable de supervisar su implantación, identificar a un profesional de referencia en cada centro de salud (CS).

2. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO

Recopilar las guías de apoyo a la HMS existentes en las DA

Elaborar listados de equipamientos y materiales disponibles.

3. PUESTA EN MARCHA

3.1.- Adquirir equipamientos y material necesario para la HMS.

3.2.- Mejorar la capacitación de los profesionales implicados. Para ello:

*Elaborar procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de la gestión de HMS en los CS, diseñar y difundir material gráfico de apoyo (carteles y manteles con las etapas de los procedimientos para los CS).

*Realizar talleres acreditados para los responsables de HMS de todos los CS, con cuestionario de conocimientos pre y posformación.

*Realizar sesiones de reversión en cada CS.

4. REFUERZO

Realizar sesiones de refuerzo en CS e implicar a los equipos directivos en la supervisión de la correcta realización de la HMS.

5. EVALUACIÓN, APRENDIZAJE Y MEJORA

Se medirán los siguientes indicadores:

*Documento del plan y PNT realizados y difundidos

*Profesionales informados del plan

*Profesionales formados

*Resultados cuestionario de conocimientos

*CS con sesión de reversión y sesiones periódicas de seguimiento realizadas.

*Carteles y manteles informativos distribuidos

*% de CS en los que se realizan procedimientos correctamente.

RESULTADOS:

(En este momento el plan está en la fase de puesta en marcha, y se dispone de los siguientes resultados). *Se han nombrado responsables del plan en todas las DA y CS. *Se han recopilado todas las guías de HMS existentes en las DA. *Se ha elaborado listado de equipamientos/material disponible en CS y se han detectado necesidades y áreas de mejora que han sido reportadas a la Gerencia de A. Primaria. *El plan, los PNT y el material gráfico de apoyo han sido finalizados (actualmente en imprenta). *Se han desarrollado 14 talleres formativos. Han asistido 300 profesionales implicados en la HMS, al menos 1 de cada CS de la Comunidad de Madrid. Los resultados del test de conocimientos pre y post muestran un incremento significativo de los conocimientos entre los asistentes (t-test pareado, p=0,000).

DISCUSIÓN:

Se ha aumentado la capacitación y sensibilización de los profesionales implicados en la HMS, y que se han detectado áreas de mejora cuyo abordaje permitirá sistematizar y mejorar los procedimientos para contribuir a incrementar la seguridad del paciente en los CS.

C086.- NUEVA ESTRUCTURA: UNA OPORTUNIDAD PARA NORMALIZAR LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MÍQUEL-GOMEZ A, CAÑADA-DORADO A, DRAKE-CANELA M, MEDIAVILLA-HERRERA I, ALEMANY-LÓPEZ A, RIVERO-MONTESDEOCA Y.

GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. MADRID.

OBJETIVOS:

El incremento de población de nuestra Comunidad en los últimos años y el crecimiento de sus infraestructuras y recursos hacían precisa una modificación de su organización territorial. Se adopta un nuevo enfoque que pasa de un modelo organizativo territorial a otro funcional, actualizándose las estructuras de gestión. Normalización en la gestión de la calidad y la seguridad del paciente en la Atención Primaria (AP) de la Comunidad Autónoma, creación de la estructura funcional para el despliegue de las estrategias y documentos que regulen su funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se crea la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad (GAPyC) se definen sus funciones y se elaboran el mapa de procesos y de relaciones. Corresponde a la Dirección Técnica de Procesos y Calidad el despliegue de la estrategia de calidad y seguridad, de acuerdo con las directrices de la Consejería, para lo que constituye Comisiones de Calidad (CdC) y Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGR) de 7 nuevas Direcciones Asistenciales (DA) . Para ello se realizó: solicitud a DA de designación de miembros con composición multiprofesional preestablecida, redacción de borradores de reglamentos de régimen interno (RRI) y procedimientos normalizados de trabajo (PNTs) revisión y aprobación, definición de objetivos de calidad y seguridad basados en las estrategias de la Consejería, revisión de Norma UNE 179003 para creación de la estructura de gestión de riesgos sanitarios y redacción del PNT de gestión de notificaciones, introducción de aspectos relacionados con Calidad Percibida y actualización de nombramientos de responsables de calidad y seguridad en los centros.

RESULTADOS:

2 RRI que rigen el funcionamiento de las 7 CdC y 7 UFGR, PNT para el apoyo metodológico y validación de proyectos de calidad y para la gestión de las notificaciones de incidentes y errores de medicación y fichas resumen de ambos PNTs con datos de contacto de los profesionales referentes para cada DA disponibles en la intranet corporativa; se ha elaborado igualmente un sistema de notificación on line de incidentes y errores de medicación común para todos los profesionales de AP de la Comunidad. Se han constituido 7 CdC con 63 profesionales miembros y 7 UFGR con 80 profesionales y se han nombrado o actualizado los responsables de calidad y de seguridad en los 260 centros de salud. Desde su constitución se han celebrado 5 reuniones por cada UFGR y CdC (70), se han fijado objetivos anuales en todas las CdC y UFGR, se han celebrado reuniones (14) con los responsables de seguridad y calidad de los centros en cada DA donde se han realizado encuestas de necesidades de formación y se han iniciado en todas las DA estrategias de formación y/o sensibilización en calidad y seguridad en función de las necesidades detectadas.

DISCUSIÓN:

Este nuevo modelo de organización ha supuesto una oportunidad para la normalización y homogenización en el despliegue de los objetivos y en la metodología de trabajo en calidad y seguridad.

C087.- INTENTANDO MEJORAR LA GESTIÓN DE COMISIONES CLÍNICAS Y GRUPOS DE TRABAJO.

CONTESSOTTO-SPADETTO C, SÁNCHEZ-SERRANO A, CÁMARA-SIMÓN M, MARÍN-FERNÁNDEZ A, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ F, SAURA-PIZARRO MD.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

OBJETIVOS:

1) Valorar la evolución del grado de implantación y funcionamiento de Comisiones Clínicas (CC) y Grupos de Trabajo (GT) en nuestra Organización. 2) A partir de un análisis de fortalezas y debilidades, identificar áreas de mejora y propuestas de futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de la actividad de CC y GT en nuestro Área de Salud en los 2 últimos años. Se contabilizaron por separado las CC y GT, así como sus miembros y reuniones, del periodo 1/6/2009 a 31/5/2010, comparándolas con el año siguiente, hasta el 31 de Mayo de 2011. A cada Comisión y Grupo se le aplicó un listado de verificación para comprobar la existencia del correspondiente reglamento de funcionamiento interno, objetivos estratégicos, convocatorias y actas de reuniones, participación de los miembros a las reuniones, asistencia de representantes del Equipo Directivo, tareas específicas en desarrollo, tareas completadas y eventual aplicación práctica de las mismas. Estos datos fueron analizados posteriormente en el foro de la Comisión Central de Garantía de Calidad mediante las herramientas habituales (diagrama de Ishikawa, análisis DAFO).

RESULTADOS:

Las CC constituidas en el primer periodo estudiado fueron 8, de las cuales 4 se reunieron más de 2 veces, con la participación de 61 miembros en total. Los GT operativos fueron 3, todos ellos de Enfermería. Al final del siguiente periodo analizado, existían 14 CC con un total de 174 profesionales implicados y 29 reuniones celebradas. Los GT activos eran 17 y contaban con la colaboración de 132 profesionales. Los resultados del análisis del funcionamiento y de la operatividad de las CC no fue tan

halagüeño como su evolución cuantitativa: aunque se evidenció una discreta mejoría de todos los indicadores respecto de la situación previa, más de la mitad seguían sin reglamento interno validado y sin ningún plan estratégico definido, con muy escasa concreción y repercusión práctica de su actividad en el resto de la Organización. Los mejores resultados fueron la asistencia de los vocales a las reuniones (81%) y la presencia del acta (100%). La operatividad de los GT resultó ser de muy difícil valoración, por el insuficiente registro de su actividad.

DISCUSIÓN:

Si bien se aprecia un desarrollo cada vez mayor de CC y GT, en nuestro entorno aún existen numerosas resistencias culturales y funcionales que impiden la implicación mayoritaria del personal en estos equipos multidisciplinares, expresión de la voz y participación de los profesionales en la mejora del nivel científico-técnico, eficacia y eficiencia de una institución que aspira a prestar una Calidad Asistencial excelente. El apoyo de los líderes, la creación de una cultura de pertenencia a la Organización, la motivación e incentivación para colaborar en estas tareas "extracontratuales", la fluidez de la comunicación, la reorganización del trabajo para paliar el exceso de presión asistencial y una buena coordinación de estos núcleos críticos de personas, son clave para aumentar la operatividad de CC y GT.

C088.- NORMALIZACIÓN DE CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE METAS EN LOS INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO DE SALUD.

BAYON-CABEZA M, PEREZ-RIVAS FJ, JIMENEZ-DOMINGUEZ C, VAZQUEZ-CASTRO J, JIMENEZ-CARRAMIÑANA J, RIVERO-MONTESDEOCA Y.

GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. MADRID.

OBJETIVOS:

El Contrato Programa de Centro (CPC) de nuestra Comunidad incluye 102 indicadores. Es único para todos los Centros de Salud ya que incluye los mismos objetivos y los mismos indicadores. Anualmente se establecen las metas a conseguir por los Centros de Salud (CS) de Atención Primaria. Objetivo: Definir unos criterios homogéneos para facilitar el establecimiento de las metas entre las Direcciones Asistenciales (DA) y sus CS de referencia en los indicadores del CPC 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La Dirección Técnica de Procesos y Calidad, de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, elabora la propuesta en base a los siguientes criterios: Los resultados previos alcanzados en 2010. A nivel de Centro de Salud y en la Comunidad. La fuente de datos: Registros específicos (papel o informáticos) o la Historia Clínica electrónica (OMI-AP). El tipo de indicador en base al tipo de variable: cualitativa o cuantitativa.

RESULTADOS:

Criterio Definido: Para el establecimiento de las metas se toma como valor de referencia para cada indicador el percentil 60 (P60) de la distribución de frecuencias de los 208 CS, aplicando los siguiente criterios: En los Centros de salud cuya cobertura alcanzada en cada uno de los indicadores iguale o supere el valor del P60, la propuesta de pacto quedará fijada en su valor alcanzado en 2010, no superando en ningún caso valores del 90%. Para los centros de salud que alcancen coberturas inferiores al P60 se pactará una cobertura y un numerador dentro de un rango de valores previamente definido. Estos dos valores se calculan aplicando un incremento del 10% y del 20% respecto a la diferencia entre el valor alcanzado en 2010 y

el P60. La propuesta en ningún caso tiene caracter prescriptivo, quedando la meta pactada sujeta al acuerdo entre las DA y el CS. Se realizaron ensayos en tres centros de salud con diferentes resultados 2010 para comprobar la idoneidad de la propuesta. Se presentó el criterio de asignación de metas propuesto a las DA, incluyendo en el modelo sus aportaciones y propuestas. Se elaboró y remitió una propuesta de metas para cada uno de los 208 CS agregadas por DA, y un documento aclaratorio para el manejo de la información y la realización de los pactos.

DISCUSIÓN:

Disponer de unos criterios consensuados para la asignación de las metas del CPC, facilita la elaboración de unos pactos más homogéneos y equitativos entre los distintos Centros de Salud. La propuesta basada en horquillas de valores y cuantificada individualmente para cada CS, flexibiliza el pacto y permite el establecimiento de acuerdos entre las Direcciones Asistenciales y los Directores de Centro.

C089.- METODOLOGÍA PARA ELABORAR POR CONSENSO GUÍA DE RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA EN CENTROS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA.

AVELLANEDA-MILLÁN AA, HERRERA-CARDENAL EH.

GENERALITAT DE CATALUNYA. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Contribuir a disminuir la variabilidad no deseada en la atención prestada en las diferentes tipologías de centros del sistema de protección. Identificar experiencias de buena práctica implementadas en los centros. Diseminar la cultura de la mejora continua de la calidad en la organización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se constituyó un grupo de trabajo de 32 profesionales, representantes de los diferentes tipos de recursos implicados y de los diferentes territorios de la comunidad autónoma, con participación del equipo de calidad del Departamento, que impulsaban el proyecto. A partir de la propuesta de mapa de procesos elaborado por el equipo de calidad, se realizaron siete reuniones de 5 horas. En 4 de las sesiones, el grupo de trabajo se subdividió en 4 subgrupos representativos, que trabajaban diferentes procesos según fortalezas individuales. Se les proporcionó material de soporte sobre el tema a trabajar, un folio tamaño DINA3 con la estructura de la ficha, postits y bolígrafos. Usando los postits hacían un primer ejercicio de creatividad individual, para luego discutir sobre éstos e irlos ubicando en la estructura de la ficha facilitaba. En las otras 3 sesiones se agruparon los profesionales por tipo de dispositivo – centros de acogida, centros residenciales y centros de educación intensiva – para trabajar las especificidades de estos centros, siguiendo igual metodología. Las reuniones presenciales distaban tres semanas entre ellas, para permitir el trabajo individual on line sobre el material elaborado por el propio subgrupo y por el resto de equipos. Se iban integrando las aportaciones recibidas en un único documento; se identificaban los puntos sin resolver para ser validados en

la parte inicial de la siguiente reunión. Al finalizar el trabajo presencial y los plazos de aportaciones por correo electrónico, algunas fichas han sido revisadas por los equipos de los centros en los que se identificaron fortalezas en las cuestiones tratadas. El Servicio de Planificación ha realizado la revisión final del documento, para asegurar que las recomendaciones recogidas en el material están alineadas con el encargo institucional.

RESULTADOS:

Se ha obtenido un manual dirigido a los profesionales de los centros del sistema de protección que contribuirá a minimizar la variabilidad no deseada de la atención prestada en los centros. Contiene 39 fichas de recomendaciones de buena práctica estructuradas en procesos estratégicos (8), clave (29) y de soporte (2). Se ha puesto a disposición del sector en soporte PDF accesible desde la web del Departamento competente.

DISCUSIÓN:

Dedicando algunos recursos al seguimiento de la implantación de las recomendaciones, el Departamento competente en la materia puede convertirse en un soporte clave para la gestión del cambio del modelo de atención a la infancia desprotegida. En los centros de educación intensiva, por la complejidad de la atención prestada, es necesario profundizar en la elaboración de las recomendaciones de buena práctica.

Sesión de Comunicaciones II

Sala 4

Calidad Percibida I

C090 – C101

C090.- MIRADA CUALITATIVA DE LA OPINIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA ACERCA DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS.

MORALES-LÓPEZ R., LUQUIN-MARTÍNEZ R, CÁNOVAS-INGLÉS A, PIÑANA-LÓPEZ A, ALONSO-GARCÍA C, ROS-MARTÍNEZ E.

CENTRO DE SALUD CARTAGENA-OESTE. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Explorar opiniones, actitudes y expectativas de pacientes de Atención Primaria de Salud (APS)sobre el Documento de Instrucciones Previas(DIP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Investigación cualitativa (IC) (técnicas grupos focales y análisis discurso) Zona Salud Urbana Dos grupos focales hasta saturación, 16 personas.45-70años, información DIP. Exclusión: Enfermedades físico-psíquicas graves. Audio-vídeo-grabaciones. Autorización. Transcripción. Contra-codificación tres investigadores, verificación relaciones códigos/ modelo explicativo.

RESULTADOS:

DIP como promotor de emociones Dificultad asumir final vida, trascendencia, período cuidar/ser cuidado. Preocupación y desconfianza Distinguir entre eutanasia/evitar la obstinación terapeútica. Determinar estado clínico como reversible/irreversible. Reconocimiento papel determinante de sanitarios. Desconcierto por falta unanimidad criterios. Anverso y reverso de hacer DIP Decisión propia libre y de autonomía que liberará a otras personas de responsabilidad de decisión. Responsabilidad de defender la voluntad del enfermo y aceptación por parte de los médicos aunque les suponga conflicto ético. En caso de no dejar nada escrito, otra persona, quizá sin ideas afines, decidirá por el enfermo. Ser representante, ser representado. El representante es sustituto personal cuando no existe capacidad de decidir, con ideas y principios afines, de confianza, apego y capaz de respetar al representado y su voluntad, no hay predisposición a desempeñar este papel. Necesidad social y vertiente legal Regularización de situaciones, empujado por realidad social actual con conflictos ético-legales que pueden

resolverse mejor con el DIP, necesidad implicación profesionales sanitarios, necesidad de deslindar medicina/leyes. Tomar la decisión. No se adoptan resoluciones firmes. Relación paternalista, siendo el autonomista menos acentuado. El uso de la información Es necesaria como otros cuidados de salud. Cuando la persona está en plenas facultades mentales. Jóvenes (circunstancias críticas donde son partidarios de no prolongar situaciones irreversibles y circunstancias cotidianas, donde no se plantean ni enfermedad ni muerte).Ancianos (planteamiento si mentalmente pueden entender el DIP y si piensan que decidir sobre cuidados final vida es necesaria/dejan en manos familiares y/o médicos).

DISCUSIÓN:

A los pacientes les preocupan los límites entre eutanasia/evitar la obstinación terapeútica así como entre procesos reversibles/irreversibles. Piensan que dejar DIP liberará a otras personas de decidir por el enfermo aunque queda al representante la responsabilidad de defender su voluntad, siendo figura clave con respeto inherente al representado. Les parece que el DIP servirá para regularizar situaciones y que viene empujado por realidad social actual con importantes conflictos ético-legales y que conviene informar cuando la persona está en plenas facultades mentales.

C091.- CONOCIMIENTO QUE SOBRE LA HTA TIENEN LOS PACIENTES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LA ÑORA.

GRIS-PIÑERO JL, VALENCIA-CORDOBA PJ, JIMENEZ-GARZON VA, FUSTER-QUIÑONERO D, HERNANDEZ-VERA MR, MORALES-CANOREA F.

EAP LA ÑORA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Valorar los conocimientos que los pacientes con HTA de nuestra zona tienen sobre su enfermedad para que nos sirva de guía para conocer la educación que sobre la misma transmitimos como profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se entrevistó a 95 pacientes con HTA de nuestra zona básica de salud mediante un cuestionario con preguntas de respuestas abiertas sobre conocimientos básicos de HTA. Las respuestas fueron posteriormente codificadas y analizadas mediante análisis estadístico correspondiente (c2 y correlación de Pearson).

RESULTADOS:

Se encuestan a 95 personas de las que el 65,3% son mujeres y el 34,7% son hombres. El 20% eran analfabetos, el 65,3% estudios primarios y el 14,7% tenían estudios secundarios o universitarios. Se observa asociación estadísticamente significativa entre las respuestas a las causas de la subida de la tensión arterial y el sexo, creyendo las mujeres por debajo de lo esperado que las subidas se deben al exceso de de comida y alcohol mientras que los hombres creen que estos factores son la causa de la subida. Con el estrés ocurre al contrario son las mujeres las que le achacan a este factor como causa de la subida y los hombres no lo creen así. Se observa una correlación positiva entre la edad de los encuestados y los límites normales de la tensión arterial sistólica. No hay correlación con la diastólica.

DISCUSIÓN:

Pensamos que es importante el conocer los conocimientos y creencias que nuestros pacientes tienen de su propia enfermedad como paso previo para intentar cambiar

hábitos o conocer si lo que transmitimos a nuestros pacientes o lo que ellos captan de nuestra comunicación está en la línea de lo que realmente pretendemos. En general las respuestas dadas no se ven influidas por variables como sexo, edad y nivel de instrucción de los encuestados, por lo tanto la información que se intenta transmitir es captada de forma similar por todas las personas. Cabria destacar la diferencia de criterio respecto a la periodicidad de la toma regular de la tensión arterial ya que algo más de la mitad opina que se debe tomar al menos una vez al mes y casi la otra mitad al menos una vez al año. Casi un 38% de los pacientes creen que la enfermedad se cura, también observamos que conforme aumenta la edad de los encuestados también aumenta el límite normal de la sistólica que los pacientes estiman. Menos de un 10% de los pacientes nombran como otra medida de tratamiento la no ingesta de sal.

C092.- EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN ÁREA QUIRÚRGICA AMBULATORIA.

LABIANO-TURRILLAS JM, TINA-MAJUELO P, GORDO-LUIS C, OROVIOGOICOECHEA-ORTEGA C, SAN MARTIN-IBARRA M, CORCHON-ARRECHE S.

CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. PAMPLONA.

OBJETIVOS:

Valorar la satisfacción del paciente en el proceso de cirugía ambulatoria desde la perspectiva del propio paciente y de los profesionales de Área Quirúrgica Ambulatoria Identificar áreas de mejora del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal realizado en Área Quirúrgica Ambulatoria durante los meses de mayo y junio de 2010. El instrumento de recogida de datos ha sido una encuesta identificada en la bibliografía y proporcionada por su autor. La encuesta ha sido traducida, pilotada y adaptada por el equipo investigador. Consta de 27 preguntas cerradas tipo Likert del 1 al 5 (siendo 1 pobre y 5 excelente) divididas en cinco secciones: antes de la intervención, intervención, entorno, alta y aspectos generales. El cuestionario se ha distribuido a los pacientes en el momento del alta. El mismo cuestionario se ha adaptado y entregado a los profesionales para su cumplimentación. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos utilizando SPSS v.15.

RESULTADOS:

Se han recogido 53 encuestas (38 de pacientes y 15 de profesionales). La satisfacción de los pacientes y profesionales con la atención es elevada. El índice de satisfacción del paciente ha sido de 4,61 sobre 5 mientras que la percibida por los profesionales ha sido inferior (4,05). La atención durante la intervención y la calidad del entorno son los aspectos mejor valorados, mientras que la atención antes de la intervención y al alta reciben la menor puntuación. Entre los aspectos peor valorados cabe destacar la información al paciente (3,8) y el tiempo de espera (3,5). En la calidad del entorno, enfermeras y

médicos valoran negativamente el ruido (3,2 y 3,4 respectivamente), mientras que el paciente le da una puntuación superior (4,61).

DISCUSIÓN:

La satisfacción del paciente se considera un indicador fundamental que permite a los profesionales de la salud evaluar el grado en que han sido cubiertas las necesidades del paciente. Los estudios realizados con pacientes que han sido sometidos a cirugía ambulatoria han demostrado que el grado de satisfacción de los mismos en relación a todo el proceso asistencial es alto lo que coincide con los resultados obtenidos en el estudio. La literatura científica demuestra que existen diversos factores que pueden influir en la satisfacción del paciente quirúrgico ambulatorio. Entre los más influyentes cabe destacar el tiempo de espera, el entorno, el dolor, la necesidad de acudir al hospital tras el alta por un problema relacionado con la cirugía y la información recibida al alta. En el estudio realizado se observa que los factores con menor puntuación son la información al paciente, el tiempo de espera y el ruido ambiental que coinciden con los estudios revisados.

C093.- ESTUDIO SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

AGINAGA-BADIOLA JR, ARANZABAL-CONDE A, PRECIADO-BARAHONA MJ, ORTEGA-DURANTEZ A, REDIN-ESPINAL JA, BLANCO-ESCUDERO A.

HOSPITAL DONOSTIA. DONOSTIA.

OBJETIVOS:

Conocer la actitud, los conocimientos y el uso de la información clínica de los pacientes y la confidencialidad en un Servicio de Urgencias -Valorar las diferencias entre los profesionales de plantilla y los MIR.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal, mediante la realización de una encuesta anónima, con 48 preguntas, remitida por email, a través de la plataforma Google docs Fecha de realización del estudio: Diciembre de 2010 Población a estudio: por una parte, los miembros del Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario, 44 médicos, 64 enfermeras y 31 auxiliares; por otra los 80 MIR que realizan guardias en dicho Servicio.

RESULTADOS:

Del total del personal de la plantilla respondieron la encuesta: médicos 38’3%, enfermeras 39’7%, auxiliares 20’5%. De los MIR el 30%.

Respecto al trato con el paciente, un 75.2% del personal mantiene la distancia profesional, el respeto al paciente (86.6%) y la intimidad (78.3%).

Sólo el 24.6% del personal y el 29.1% de los MIR se identifica habitualmente frente al paciente.

El 61.6% del personal y el 58.3% de los MIR solicitan habitualmente la autorización del paciente antes de realizar cualquier procedimiento.

El 68.8% del personal y el 72.6% de los MIR observan la privacidad en el momento de realizar la anamnesis y exploración; el 70.7% del personal y el 65% de los MIR en el momento de dar la información.

Durante la estancia en urgencias, un 35% del total consideran que la documentación clínica está

habitualmente a la vista de personas no asistenciales, aunque durante su traslado es adecuado en un 66%.

El 91.7% de los MIR y el 75.3% del personal de plantilla bloquean habitualmente su clave de acceso a la aplicación de gestión de pacientes.

Ante la solicitud telefónica de información clínica, ésta habitualmente no se facilita aunque el demandante se identifique como médico (87.1%), familiar (97.9%) o amigo (100%) del paciente.

El 90.7% de los encuestados habitualmente al tirar los informes a la papelera, rompen o separan la identificación del paciente.

El 31% de los encuestados conoce o ha leído algún artículo de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

El 26.8% de los encuestados conoce o ha leído algún artículo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.

DISCUSIÓN:

-Aunque en las encuestas de satisfacción de los pacientes se considera respetada la intimidad en un 98.5% y la confidencialidad en un 99%, nuestros resultados deberían ser mejorados, especialmente en el aspecto de la identificación y en el uso de la documentación del paciente. Se estima correcta la privacidad, tanto en el trato profesional, como de comunicación a familiares, conocidos y otros profesionales. -Salvo en aspectos concretos, no hay diferencias significativas entre los dos colectivos. -Con el fin de mejorar los conocimientos y las actitudes se ve necesaria la formación y divulgación de las leyes que inciden en la confidencialidad y protección de datos.

C094.- METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA DETECTAR LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO.

RODRIGUEZ-RIEIRO C, PUENTE-GONZÁLEZ MD, PRADO-ADEVA P, TAVORA-LOPEZ MT, TRIVIÑO-JUAREZ JM, PLA-MESTRE R.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

Conocer la opinión de los pacientes y acompañantes sobre un folleto informativo que se iba a entregar al ingreso y que se encontraba en fase de pilotaje Analizar las necesidades de información de los pacientes y sus familiares al ingreso en un hospital de tercer nivel Valorar la información ofrecida actualmente al ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseñó un folleto informativo por parte de la Comisión de Calidad Percibida. Para su validación posterior, tanto en formato como contenido, se llevaron a cabo entrevistas a pacientes y acompañantes (segmentadas por sexo y edad) durante el mes de marzo de 2011. Las entrevistas recogían la opinión sobre el borrador del folleto informativo elaborado, profundizaban en las necesidades de información al ingreso en el hospital y se valoraba la información facilitada actualmente. Se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida a partir de las entrevistas, tras una trascripción instrumental de las mismas, agrupando además el discurso en puntos fuertes, áreas de mejora y propuestas de los usuarios.

RESULTADOS:

El folleto informativo contenía 4 apartados: Información general del recinto hospitalario:ubicación de pabellones, mapa de localización, medios de transporte, direcciones web; horarios y normas generales; servicios de interés y otras prestaciones disponibles. El formato del folleto fue valorado positivamente. En cuanto al contenido los pacientes consideraban importante conocer los aspectos relacionados con la información general del recinto hospitalario si bien la información ofrecida en Internet no les parecía de especial relevancia. Tanto pacientes como acompañantes solicitaban conocer el horario de

información médica demandando como área de mejora sistematizar en cada unidad el horario y el lugar donde se facilitaba dicha información. Además en opinión de los pacientes la información era escasa cuando se trataba de patologías poco comunes. También les interesaba el horario de comidas sobre todo en el caso de acompañantes de enfermos que precisaban ayuda para la alimentación, así como el horario de la medicación, sobre todo la nocturna. Los pacientes expresaban la necesidad de conocer los servicios disponibles en el hospital desconociendo la labor de algunos profesionales y de algunas prestaciones existentes. En relación con las necesidades al ingreso aunque pacientes y acompañantes consideraban útil la información escrita sobre el hospital destacaban la necesidad de que el personal sanitario les recibiera e informara verbalmente, para resolver las dudas que pudieran surgir. Respecto a la información facilitada actualmente pacientes y acompañantes opinaron que era claramente mejorable.

DISCUSIÓN:

Este estudio ha permitido validar el folleto informativo elaborado detectando la importancia de que la información escrita se acompañe de información verbal para facilitar la acogida de pacientes y acompañantes en el ingreso hospitalario. Así mismo se han identificado áreas de mejora relacionadas con dicha información.

C095.- ME QUIERO CAMBIAR DE MÉDICO DE FAMILIA. ¿PORQUÉ?.

LEAL-HERNANDEZ M, BARBOSA-ORELLANA JL, SANCHEZ-LOPEZ MI, ALFONSO-CANO C, MONTOYA-PERIS A, FERNANDEZ-LOPEZ MI.

C.S. SAN ANDRÉS. MURCIA.

OBJETIVOS:

1)Determinar las causas por las que nuestros pacientes solicitan voluntariamente cambio de médico de familia. 2)Comparar dichas causas entre pacientes activos y pensionistas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo mediante encuesta autocumplimentada. Ámbito: Dos Centros de Salud de atención primaria semiurbanos de nuestra ciudad. Sujetos: Fueron seleccionados aleatoriamente 80 pacientes activos y 80 pensionistas que se habían cambiado voluntariamente (no por cambio de domicilio) de médico de familia en el último año. Mediciones e intervenciones: Se realizó encuesta autocumplimentada mediante técnica delphy modificada con una primera fase de encuesta abierta y una segunda de priorización (se puntuaban los tres motivos más importantes).

RESULTADOS:

Los cinco principales motivos de cambio de médico entre los pacientes activos fueron: 1-Horario o turno de consulta (32.1%).1-Relación médico-paciente deteriorada (26.3% de los puntos). 3-Dificultad para obtener la incapacidad temporal (21%). 4-Referencias muy positivas de otro médico al que se cambian (12,2%). 5-Incompetencia técnica del médico (4.3%). -Otros (4,1%). En los pacientes pensionistas fueron los siguientes: 1-Relación médico-paciente deteriorada (32.1%). 2-Referencias muy positivas de otro médico al que se cambian (28%). 3-Mi médico no me receta lo que creo que necesito (19,2%). 4-Para agrupar toda la familia con el mismo médico (11%). 5-Incompetencia técnica del médico (6.7%). -Otros (3%).

DISCUSIÓN:

El deterioro de la relación médico paciente es el principal motivo de cambio de médico entre nuestros pacientes pensionistas y el horario de consulta en los activos. La incompetencia técnica del médico no ocupa un lugar prioritario en las razones para cambiarse de médico.

C096.- LAS ENCUESTAS EN LÍNEA: MEDIR LA SATISFACCIÓN EN USUARIOS DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA CON INTERNAMIENTO.

PAIRO-TEIXIDO A, GIRONA-ALFONSO A, CERDA-CALAFATE I, AGUADO-BLAZQUEZ H, LLAHI- J, BROSA-LLINARES F.

SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Disponer de un sistema que permita conocer de forma más eficiente y participativa la percepción de la calidad de servicio y la satisfacción con los servicios socio sanitarios en 2010 y que posibilite la comparación con estudios anteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.Revisión metodológica previa con técnicas cualitativas para asegurar la permanencia de las áreas de interés identificadas en el cuestionario existente 2.Construcción y diseño del formulario adaptando el cuestionario a la técnica de las encuestas en línea, 3.Prueba pre test de comprensión y estudio piloto de la sistemática en-línea realizado en tres centros (agregado de 240 casos) y validación del cuestionario post estudio con análisis factorial exploratorio. 4.Diseño de la muestra, unidades de análisis y procedimiento de selección de los casos. Proporción esperada de 0,78 con error del +2,4. 5.Contacto con los centros proveedores para informar sobre el procedimiento, condiciones estandarizadas de control del trabajo de campo, criterios de exclusión e inclusión, papel del encuestador, y fechas para las encuestas. 6.Envío de resultados a tiempo real, con seguimiento diario por parte de los técnicos responsables.

RESULTADOS:

El periodo de estudio ha sido de junio a noviembre de 2010, con un tiempo medio por centro de 4 días. Se realizaron un total de 2322 encuestas en 51 centros, del total de 94 que prestan servicio en atención socio sanitaria. Cada uno, obtiene un informe de resultados propio. En 17 de los 51 centros, el número de casos de su muestra les permite la comparación con Catalunya. Se dispone de resultados globales de Cataluña, y de las 7

Regiones Sanitarias con datos similares a las ediciones anteriores de 2003 y 2007. Las preguntas referentes al trato y la confianza en los profesionales son las mejor valoradas (más del 95% de respuestas positivas) mientras la gestión del tiempo libre y la comida obtienen valores por debajo del 75% de respuestas positivo.

DISCUSIÓN:

Se ha logrado un método de recogida de información válido y eficiente ya que permite disminuir el período del estudio, minimizando costes y maximizando resultados. Permite adaptar el trabajo de campo al ritmo y características de cada centro, manteniendo las encuestas presenciales, pero con la transmisión "en línea" a tiempo real, resolviéndose algunas de las limitaciones identificadas en ediciones anteriores (disponibilidad de pacientes, desplazamiento de los encuestadores o logística compleja de seguimiento), consiguiéndose dar continuidad a la globalidad del proyecto para mejorar la satisfacción en la atención sanitaria en nuestra comunidad.

C097.- CONSENTIMIENTO INFORMADO, ¿DEFENSA O INFORMACIÓN?.

CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, DEL ALAMO- C, ALONSO-ARRANZ JA, PASCUAL-FERNANDEZ C, ARRANZ-GARCIA P, MIRAMON-MARTINEZ I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. MADRID.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es saber lo que piensan los médicos y pacientes sobre el sentido del C.I.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A partir de un estudio publicado en la Revista de Calidad Asistencial del año 2001 titulado "Valoración del Consentimiento Informado por médicos y pacientes", seleccionamos una de las preguntas de dicho estudio que consideramos se adecuaba al objeto de nuestro estudio, en concreto, "¿Para qué sirve el Consentimiento Informado?". Se realizó un muestreo aleatorio a 250 personas, 106 médicos y 144 pacientes. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático PASW Statistics 18 (SPSS Incorporated, Chicago, EE.UU.) y EPIDAT 3.1. (Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España). El estudio de asociación entre variables cualitativas se ha llevado a cabo mediante el Test de Ji-cuadrado, y la Prueba exacta de Fisher en aquellos casos con frecuencias esperadas inferiores a 5. El nivel de significación estadístico aceptado fue de p=0,05.

RESULTADOS:

OPCION 1: Para proteger al médico. El 47,2% de los médicos creen que el consentimiento informado sirve para proteger al médico frente a 30,6% de los pacientes (p=0,007). Casi el 50% de los médicos piensan que es para protegerles. Esto puede indicar que lo que subyace es la "medicina defensiva". OPCION 2: Para proteger al paciente. Respecto a si el consentimiento informado protege al paciente, un 22,6 % de los médicos así lo cree frente a un 13,2 % de los pacientes (p=0,050). Los pacientes tienen mucho más claro, que los médicos, que este documento no es para protegerles. OPCION 3: Para facilitar la explicación del procedimiento. Los pacientes en un 34,7 % creen que el consentimiento informado sirve

para explicar mejor el tratamiento médico/quirúrgico a seguir frente a un 21,7% de los médicos que piensan de igual forma (p=0,025). Es preocupante que casi un 80% de médicos no piensen que es para facilitar la explicación del procedimiento. Los pacientes se sienten más informados aunque todavía sigue siendo un porcentaje bajo. OPCION 4: Es un requisito del Hospital. Un 21,5% de los pacientes creen que el consentimiento informado es un requisito del hospital a diferencia que los médicos lo creen así sólo un 8,5% de ellos. Hay algo más del 20% de pacientes que no saben que es su derecho, pero lo que es más difícil de explicar es que todavía haya médicos que no sepan que es su obligación, y lo vean como un documento administrativo, sobre todo en médicos que no pasan de los 40 años de edad media.

DISCUSIÓN:

MÉDICOS Situación preocupante ya que viven el C.I. como un documento de defensa más que de información. Esta tendencia, además, va en aumento. PACIENTES Al estar encuadrada dentro de las corrientes actuales de "autonomía", está siendo bien acogida y entendida por parte de los pacientes.

C098.- INFLUENCIA DE LA EDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN RELACIÓN A SU SATISFACCIÓN LABORAL.

CARRILLO-GARCÍA CE, SÁNCHEZ-ORO IS, MARTÍNEZ-ROCHE ME, GÓMEZ-GARCÍA CA, SOLER-MORALES CA, MARTÍNEZ-HURTADO RO.

HOSPITAL MORALES MESEGUER / UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Determinar el nivel de satisfacción de la vida laboral de los Profesionales Sanitarios en función de la edad que poseen.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño de la investigación se plantea desde un enfoque cuantitativo, descriptivo observacional, de diseño no experimental, de tipo de corte transversal, utilizando como herramienta la Escala General de Satisfacción. El universo lo constituyeron 1194 profesionales sanitarios pertenecientes a las categorías profesionales de Gerencia, Facultativos, Residentes, Enfermeros y Auxiliares de Enfermería, que prestan sus servicios en el Hospital de estudio. La muestra final fue de 547 encuestados y el porcentaje de participación del 45,81%.

RESULTADOS:

La edad introduce diferencias en la satisfacción. Puede señalarse que son las edades extremas (los más jóvenes, y sobre todo los mayores, con entre 61 y 70 años) quienes muestran un nivel de satisfacción superior al de quienes cuentan con edades intermedias, que presenta niveles de satisfacción más reducidos. Entre las relaciones establecidas que son estadísticas significativas, especialmente en el tramo de edad de mayor edad, que presenta las valoraciones más positivas. Así sucede, en cuestiones como la satisfacción con las relaciones entre dirección y trabajadores del Hospital (media de 4,8 para los mayores), las posibilidades de promocionar (media de 4,6 para el grupo de más edad), el modo en el que el Hospital está gestionado, el horario de trabajo (media de 5,8 para los dos grupos de más edad), la variedad de tareas que realizas en tu trabajo (media de 5,4 para los dos grupos de mayor edad), la estabilidad en el empleo

(media de 5,9 para los dos grupos de mayor edad), las oportunidades de formación que se ofrecen o la satisfacción en general.

DISCUSIÓN:

Estudios como los de Molina Linde (2009), Estévez Guerra (2007) y Peiró (2004), muestran que la variable edad no es estadísticamente significativa respecto a la satisfacción laboral. De los estudios de Herrera Amaya (2008), Briseño (2005) y Fernández Larraguibel (2003), se desprende que los profesionales más satisfechos son los correspondientes al grupo de edad de entre 35 a 55, siendo en nuestro estudio este grupo de edad el más insatisfecho. Coincidimos con Ponce Gómez (2009) y López Soriano (2001) en cuestiones como satisfacción general, y discrepando en las relativas a posibilidades de promoción y a los compañeros de trabajo, estando mejor valoradas en nuestra investigación. Lo que nos lleva a pensar que en el caso de los profesionales con menor edad las ganas de aprender e ir adquiriendo mayor experiencia, hacen valorar positivamente aspectos que los trabajadores con edades medias valoran como causa de insatisfacción. En el caso de los profesionales con mayor edad, y a su vez mayor antigüedad profesional, entendemos que la experiencia permite en numerosos casos la adaptabilidad al puesto de trabajo, y de igual forma permite tener una visión más objetiva de matices que otros profesionales valoran como insatisfactorios.

C099.- SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL COMEDOR LABORAL HOSPITALARIO: ENCUESTA PRE Y POST, Y ACCIONES DE MEJORA.

ALOY-DUCH A, SABATER-RAGA R, BALAGUÉ-BELLIDO J, RECASENS-GRACIA A, SAGALÉS-TORRA M, PUIG-CEPERO C.

HOSPITAL GENERAL. GRANOLLERS (BARCELONA).

OBJETIVOS:

Presentar el resultado comparativo de 2 encuestas prevalentes realizadas evaluando la satisfacción del profesional con el comedor laboral hospitalario, antes y después de la realización de un conjunto de acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro centro, de referencia comarcal, dispone de 365 camas, trabajan 1500 trabajadores y elabora diariamente un total de 400 menús para los profesionales. En 2008 se realizó una encuesta anónima, durante 3 días consecutivos, para conocer la satisfacción de los profesionales con los menús servidos diariamente. Inmediatamente, durante 2009 y 2010 se realizaron un conjunto de acciones de mejora. En 2011, se distribuyó nuevamente la misma encuesta y metodología. Los datos se expresan en medias y porcentajes, utilizando la prueba T-Student (significación estadística fijada en $P<0,05$) (SPSS 15.0).

RESULTADOS:

Se encuestaron en 2008 y 2011 un 22% y un 13% del total de profesionales del centro, evaluándose un total de 277 y 236 comidas, respectivamente. El 63 y 54% de los profesionales acudían diariamente al comedor laboral, 35 y 33% tres días, 2 y 13% un día ($P<0,5$).

DISCUSIÓN:

Se aprecia una tendencia a menor frecuentación de forma habitual del comedor laboral mientras su uso puntual ha aumentado. Las acciones de mejora realizadas se ven reflejadas en una mejor valoración global del servicio, a pesar de las áreas de mejora detectadas. Este tipo de procesos aplicando el ciclo de mejora continua ha de

permitir mejorar nuestros procedimientos, detectar las distintas oportunidades en la cocina hospitalaria para los clientes internos y proporcionarnos datos de "benchmarking" internos y externos, dada la falta de información bibliográfica de este tipo de proyectos en la literatura sanitaria.

C100.- ESTUDIO PILOTO OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO SOBRE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES EN ENSAYOS CLÍNICOS.

NÁJERA-PÉREZ MD, ARANDA-GARCÍA A, PLAZA-ANIORTE J, BOSO-RIBELLES A, MOREGÓ-SOLER A, LEON-VILLAR J.

H MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Se llevó a cabo un estudio, sobre la opinión de los pacientes participantes en los Ensayos Clínicos. Se pretende conocer los motivos por los que los pacientes participan en un ensayo y si han comprendido la hoja de información al paciente(HIP), obligatoria en los ensayos clínicos. Su opinión nos puede ayudar a identificar áreas de mejora, en cuanto a necesidades de información de los participantes en ensayos clínicos. La encuesta recibió el aval de un Comité Ético de Investigación clínica(CEIC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio piloto, mediante una encuesta, confidencial, prospectiva, con 12 preguntas, 5 de respuesta múltiple y el resto para responder SI/NO. Los pacientes acudían al Servicio de Farmacia del Hospital, para recoger su medicación de Ensayo Clínico y se les entregaba la encuesta, por lo tanto ya habían firmado su consentimiento para participar en el ensayo. La encuesta fue modificada de Ordovás y cols,(Med Clin 2008).

RESULTADOS:

Durante el estudio completaron la encuesta a 21 pacientes. El principal motivo que indican los pacientes para participar en un ensayo clínico es la confianza en su médico (71,43%), seguido de un posible beneficio para pacientes futuros (52,38%). Los pacientes encuestados opinan que el principal motivo que mueve a su médico para proponerle un ensayo es avanzar en el desarrollo de la medicina 17 (80,95%), seguida de que es la mejor alternativa 12 (57,14%). Respecto a lo que conocen los pacientes sobre su ensayo, la mayoría 16(76,19%) confía en que se trata de un nuevo tratamiento que puede serle beneficioso, y un 7(33%), creen que se trata de un tratamiento experimental con un grupo de pacientes.

Respecto a la HIP, el 95% dice conservarla. El 90% considera, que la ha entendido adecuadamente. El 76%(16), han consultado con familiares/amigos antes de dar su consentimiento. EL 85,7%(18), se siente satisfecho con la información que le ha proporcionado su médico. Un 52,38%(11) volverían a participar en otro ensayo y un 41,8% depende.

DISCUSIÓN:

Destacar, la confianza que deposita el paciente en su médico, siendo esta la causa mayoritaria para participar en los ensayos, por lo que es necesaria la formación ética del profesional. También destacar, la visión altruista de los pacientes encuestados, así el 52,38% piensan que su participación puede beneficiar a otros pacientes y en el 80% de los casos opinan que su médico le ofrece el estudio para avanzar en el desarrollo de la medicina. Contrasta que prácticamente todos los pacientes, aseguran haber entendido de forma suficiente la información de la HIP, pero solo 7(33%), creen que se trata de un tratamiento experimental, y la mayoría piensan que se trata de un nuevo tratamiento que puede serles beneficio. Esto puede reflejar que muchos participantes, no conocen el diseño de su ensayo y que puede haber dos grupos diferentes del paciente. Es necesario seguir avanzando en la información al paciente que participa en los ensayos clínicos y que realmente comprenda el carácter experimental de los mismos.

C101.- INFORMACIÓN AL USUARIO. ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS. SERVICIO DE REHABILITACIÓN.

QUDSI-SINCLAIR S, SEVILLA-HERNANDEZ EA, GARROTE-MORENO LC, PELLICER- E, CRESPO-SANCHEZ J, GIMENEZ-ABADIA MA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Determinar el nivel de información recibida por parte de los usuarios respecto a la atención prestada por el Servicio de Rehabilitación (SR) del Hospital General Universitario Morales Meseguer (HGUMM) durante su ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal a través de encuesta telefónica para evaluar la información recibida por los pacientes ingresados que recibieron atención por parte del SR en el mes de marzo de 2011. Se obtuvieron datos epidemiológicos como la edad, el sexo y la zona de salud, así como el nivel de estudios de la persona encuestada (paciente o cuidador). En la encuesta se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: - Evaluación de equipo del SR. - Atención por parte del médico rehabilitador e identificación del facultativo por su nombre. - Atención por parte del fisioterapeuta e identificación del mismo. - Instrucciones domiciliarias al alta (paciente/cuidador/familiar). - Seguimiento posterior ambulatorio: cita de revisión y/o tratamiento ambulatorio.

RESULTADOS:

Durante el mes de marzo de 2011 fueron atendidos un total de 153 pacientes en régimen de hospitalización por el SR. Para obtener una muestra de 50 enfermos se intentó contactar con 123 (60% no fueron localizados). La muestra estaba compuesta por 30 mujeres y 20 hombres con una edad media de 67 ± 13.45 (15, 87) y 62 ± 20 (15, 84), respectivamente (en torno al 60% por encima de los 65 años). El 40% de los pacientes pertenecían a la zona de salud correspondiente al municipio de Murcia y el resto a la periferia. Un 60% de los encuestados fueron los enfermos atendidos y el 40% sus cuidadores. Solo un 14% tenían estudios secundarios o nivel universitario. Aunque el

84% de los encuestados reconocían haber sido evaluados por el personal del SR, tanto médico (70%) como fisioterapéutico (78%), apenas un 15% podían identificar al facultativo o al fisioterapeuta. Reconocieron haber recibido instrucciones domiciliarias al alta el 80% y pese a que el 68% fueron avisados a domicilio tras el alta sólo un 24% identificaba al médico responsable.

DISCUSIÓN:

Los pacientes atendidos en el sector de hopitalización por el SR se caracterizan, fundamentalmente, por presentar un amplio rango de edades, niveles básicos de formación y considerable nivel de dependencia. La capacidad para reconocer la asistencia por parte del personal de rehabilitación resultó elevada, los enfermos/cuidadores no fueron capaces de identificar a los facultativos/fisioterapeutas tanto en planta como tras ser avisados en domicilio. Los encuestados confirmaron, en su mayor parte, haber recibido información respecto a cuidados domiciliarios al alta.

Sesión de Comunicaciones II

Sala Clares

Evaluación I

C102 – C113

C102.- APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN RÁPIDA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

LOPEZ-PICAZO-FERRER JJ, TOMAS-GARCÍA N, SANTOS-ORTUÑO MI, ALCARAZ-QUIÑONERO M, PEDREÑO-PLANES JJ, VILLAESCUSA-PEDEMONTE ME.

AREA 1 MURCIA-OESTE HOSPITAL UNIV. V. ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La calidad de la atención a los pacientes que acuden a los servicios de urgencia de atención primaria (SUAP) se valora mediante unos criterios de calidad explícitos que figuran en la Cartera de Servicios de nuestro Servicio de Salud. Su monitorización nos permite realizar las actuaciones necesarias para mantenerla en niveles deseados, aunque su evaluación detallada es complicada y tediosa por tener que recurrir a muestreos sobre hojas de asistencia no informatizadas. Este estudio aborda esta monitorización mediante técnicas de evaluación rápida (LQAS).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestra área de salud atiende 247.367 ciudadanos para lo que cuenta, entre otros recursos, con 5 SUAP objeto de esta evaluación. Se seleccionaron 4 criterios de calidad de la atención en SUAP referidos a: C1, motivo de consulta y anamnesis; C2, exploración física; C3, exploraciones complementarias; y C4, tratamiento recomendado. Estos criterios se evaluaron en cada SUAP mediante LQAS, una técnica de evaluación rápida que utiliza las propiedades de la distribución binomial. Se fijó estándar de cumplimiento del 90% y umbral del 60% para cada uno de los 4 criterios. En estas condiciones, para un error alfa del 5% y potencia del 80%, debe comprobarse un lote de 10 hojas de asistencia, debiendo cumplir al menos 7 de ellos para no rechazar el lote. Se realizó un muestreo aleatorio entre todas las asistencias realizadas entre el 1 de Octubre de 2009 y el 30 de Septiembre de 2010. Además, y para conocer la calidad global de la atención de SUAP en el área, se evaluó cada criterio a partir de esa muestra global de 50 asistencias (10 por SUAP).

RESULTADOS:

En conjunto, el criterio de mejor cumplimiento es C1, motivo de consulta y anamnesis (94%, IC95% +/- 6,6%) y el peor C3, exploraciones complementarias (41,2%, IC95% +/- 13,5%). El análisis LQAS nos muestra que los lotes de C1 y C2 fueron aceptados en todos los SUAP, mientras que C3 fue rechazado en todos ellos. C4 fue rechazado en 3 de los 5 SUAP evaluados.

DISCUSIÓN:

El uso de muestras pequeñas facilita la evaluación de la calidad, en especial cuando la obtención de resultados es laboriosa. Realizar evaluaciones clásicas nos permite conocer los niveles de calidad de la organización con una confianza aceptable, pero no nos indica en que SUAP actuar para mejorar. Combinar esta evaluación con técnicas de evaluación rápida como la presentada nos permite identificar aquellos SUAP con problemas para acometer acciones de mejora específicas.

C103.- EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DEL CMBD PARA IDENTIFICAR COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

CALDERÓN-MEZA JM, MONRROY-LÓPEZ F, BARRASA-VILLAR JI, DEL PINO-JIMENEZ D, LÓPEZ-IBORT N, RODRIGUEZ-COGOLLO R.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Determinar el nivel de registro de las complicaciones postquirúrgicas (CP) en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), para evaluar la sensibilidad del mismo a la hora de identificar este tipo de efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo y transversal en el que examinó la correspondencia de registro en el CMBD de 113 complicaciones postquirúrgicas identificadas previamente tras la revisión de una muestra de 350 historias clínicas de pacientes mayores 14 años intervenidos en 2009. Este es un estudio anidado dentro de un estudio más amplio diseñado para medir la "Incidencia de Complicaciones Postquirúrgicas en Servicios Quirúrgicos".

RESULTADOS:

En la muestra de historias se detectaron 113 complicaciones postquirúrgicas de las cuales 77 de ellas se registraron en el informe de alta (68,1%) pero solo 61 (54,0%) se codificaron como tales en el CMBD. La gravedad de la complicación era un factor relacionado significativamente con el grado de registro de las complicaciones, tanto en el informe de alta ($p=0,004$) como en el CMBD ($p=0,028$), registrándose en mayor proporción las complicaciones de gravedad moderada o alta (76,9 y 72, 2%, respectivamente) que las leves (46,3%). Por el contrario, ni el grado de evitabilidad, tipo de complicación o servicio quirúrgico parecían relacionarse con el registro de una complicación en el Informe de alta ($p>0,05$). De esta forma, la sensibilidad del CMBD para detectar complicaciones reflejadas en el informe de alta fue del 79,2% y del 54,0% en relación con las detectadas en la revisión de historias. Por otro lado, las complicaciones detectadas se produjeron en 61 pacientes

diferentes, de los que 44 (72,1%) podían ser identificados a través de su informe de alta porque se había dejado constancia de alguna complicación en el mismo y solo 42 (68,8%) a partir del CMBD. Al igual que antes, los pacientes con complicaciones más graves eran los que en mayor medida podían ser identificados a partir de esta base de datos ($p<0,05$).

DISCUSIÓN:

La identificación las complicaciones postquirúrgicas a partir del CMBD constituiría un método muy eficiente de monitorización de este tipo de efectos adversos y permitiría obtener indicadores de referencia de forma semiautomatizada para evaluar la calidad de los centros sanitarios y medir periódicamente el impacto de las diversas acciones que pudieran ponerse en marcha. De acuerdo con los resultados de este estudio, cualquier sistema de monitorización que se apoye en el CMBD puede aspirar a detectar como máximo el 54,0 % de las complicaciones postquirúrgicas que se producen, o hasta el 68 % si se llegaran a codificar todas las que están presentes en el informe de alta. No obstante, las que se registran son las de carácter más grave y, por tanto, las que quizá interese más detectar, por lo que parece razonable insistir en la oportunidad de desarrollar sistemas de monitorización basados en el CMBD.

C104.- USO DEL CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA EL CRIBADO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE.

TENLLADO-DOBLAS P, CASTILLO-BLASCO M, MERINO-PLAZA MJ, ORTI-BRUNO C, BAUSÁ-LLAMAZARES E, ZAMORA-CAPITÁN M.

HOSPITAL DOCTOR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

Comprobar la sensibilidad del filtro CONUT para la detección precoz de la desnutrición (DN) y la evaluación permanente de los pacientes -Demostar que el filtro CONUT es una medida coste/efectiva, ya que no conlleva ningún gasto adicional asociado y permite aumentar la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo de pruebas diagnósticas, iniciado en enero del presente año El filtro se basa en la determinación de albúmina, colesterol y linfocitos y en función de sus valores se obtiene un índice, que detecta a los pacientes con riesgo nutricional, a los que se realiza una valoración nutricional completa (clínica, antropométrica y analítica) (VNC).

RESULTADOS:

De los 306 pacientes ingresados en este periodo, se ha realizado VNC al ingreso a un total de 66 pacientes A 34 de estos pacientes se les ha realizado una segunda VNC al alta, habiéndose obtenido los siguientes resultados: -La prevalencia de DN detectada con el filtro CONUT en los 306 pacientes ingresados es del 78%, con un 38,5 de DN leve, 30% de DN moderada y 9,5% de DN grave -En los 66 pacientes a los que se ha realizado VNC, la prevalencia de DN detectada es del 96%, frente al 91% detectado mediante el filtro CONUT. La clasificación del tipo de DN fue la siguiente: *VNC: 4% de pacientes sin DN, 13% con DN leve, 33% con DN moderada y 50% con DN grave *CONUT: 9% pacientes sin DN, 32% con DN leve, 48,5% con DN moderada y 10,5% con DN grave -En los 34 pacientes valorados al ingreso y al alta, los resultados han sido: *Prevalencia DN al ingreso: VNC 88%, CONUT 93% *Prevalencia DN al alta: VNC: 85%, CONUT 88% *VNC:

12% pacientes sin DN al ingreso y 14,5% al alta, 9% con DN leve al ingreso y 18% al alta, 35% con DN moderada al ingreso y 32% al alta y 44% con DN grave al ingreso y 35,5% al alta *CONUT: 6,5% de pacientes sin DN al ingreso y 12% al alta, 42% con DN leve al ingreso y 72% al alta, 42% con DN moderada al ingreso y 12% al alta y 9,5% con DN grave al ingreso y 4% al alta Los datos del estudio, se han recogido en la base de datos ICARO. Con esta herramienta se realiza el seguimiento evolutivo de los pacientes y se recogen datos para su análisis estadístico.

DISCUSIÓN:

La valoración nutricional al ingreso disminuye los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en nuestros pacientes, ya que se tratan de forma precoz situaciones de riesgo El filtro CONUT, tiene una sensibilidad diagnóstica similar a la VNC para el diagnóstico de la existencia de desnutrición, pero requiere menos recursos y experiencia para su aplicación. Sin embargo, infravalora la DN grave y sobrediagnostica la leve La intervención nutricional sugerida por el filtro CONUT tiene resultados favorables en la reducción del porcentaje total de DN, especialmente en el grupo de DN grave CONUT es un método de cribado automatizado, sencillo, eficiente, universal, sensible y económico que detecta los pacientes subsidiarios de intervención nutricional y su utilización mejora el estatus nutricional de los pacientes.

C105.- DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL RIESGO Y PREVENCIÓN DE E. T. V.

ABELLAN-GARCIA C, MARCO-VERA P, MARTINEZ-SORIANO J, SANCHEZ-MARTINEZ R, CAMPOS-RÓDENAS S, LLUIS-CASAJUANA F.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. ALICANTE.

OBJETIVOS:

Elaborar un instrumento que garantice el cumplimiento del protocolo de prevención de E. T. V. del H. G. U. de Alicante basado en la guía de American Collage of Chest Physicians Evidence y PRETEMED.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La E. T. V. es una de las alertas de la seguridad de paciente. En la 8ª Conferencia de la ACCP de 2008 aportó información como que la incidencia media de E. T. V. sin profilaxis en pacientes sometidos a algún el tipo de cirugía es orientativo y hay que matizar dicho riesgo según los datos específicos de cada paciente con su historia clínica. Conocedores de la importancia que tiene en la seguridad del paciente la prevención de la E. T. V., la Comisión de Trombosis del Hospital General Universitario de Alicante, elabora una "Guía Profilaxis de la E. T. V" que difunde entre los médicos. Se realiza una auditoria en 78 historias clínicas de pacientes quirúrgicos hospitalizados y del Informe de Alta y los resultados fueron: Pacientes con factores de riesgo bajo 1,4%, moderado 4,4%, alto 18,8%, muy alto 75,4%. Tenían profilaxis el 95,7%. El 68,1% la dosis no era correcta y la duración el 24,6% no era correcta. A la vista de los resultados se plantea una intervención de mejora de la calidad en la valoración de riesgo de E. T. V. y la consecuente adaptación de la prescripción para garantizar los estándares de seguridad en el proceso. 1ª parte: Elaboración base de datos para la recogida de información según el protocolo de prevención de ETV que consta de: valoración de los factores de riesgo que se puntuará 1, 2, 3 y 5 según los datos específicos de cada paciente. Clasificación de pacientes según el riesgo. Prescripción de profilaxis de prevención. Corrección de la dosis y duración del tratamiento preventivo. 2ª parte: se

procederá a comprobar la validez y confiabilidad del instrumento entre varios observadores.

RESULTADOS:

El instrumento es una hoja EXCEL con 27 variables clasificadas con items según una escala ordinal para la valoracion del riesgo en 1, 2, 3 y 5 que calcula y clasifica el nivel de riesgo del paciente en bajo, moderado, alto y muy alto y aplica una escala que según el resultado orienta al médico, da la prescripción de profilaxis de prevención: dosis, inicio del tratamiento, continuidad del mismo y días de duración.

DISCUSIÓN:

Todos los pacientes estudiados estaban con profilaxis de la E. T. V. pero tanto la duración como la dosis no eran correctas en un porcentaje mayor del 50%. Los pacientes no estaban clasificados según el protocolo. Este instrumento facilitaría al médico tener una escala de valoración de riesgo, el cumplimiento del protocolo de Profilaxis de la E. T. V. en dosis, continuidad y duración y por lo tanto mejoraría la seguridad del Paciente.

C106.- MEJORANDO LA ACOGIDA DE NUESTROS PACIENTES.

INIESTA-MARTÍNEZ D, CARAVACA-ALCARAZ MB, MARTÍNEZ-CABALLERO ML, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM, CARRILLO-MARTÍNEZ RJ, LÓPEZ-VILLA I.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

Mejorar el cumplimiento de la realización del protocolo de de acogida al ingreso del paciente hospitalizado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizan una primera evaluación en la que se detecta una oportunidad de mejora y una reevaluación. En ambas mediciones se sigue la misma metodología. Evaluación interna, retrospectiva y cruzada de 3 indicadores que evalúan el protocolo de acogida al ingreso del paciente hospitalizado y son: • C1: El personal de enfermería informa de las normas de funcionamiento de la Unidad. • C2: El personal de Enfermería se presenta con su nombre en el momento del ingreso. • C3: Se entrega documento escrito con información acerca de las normas de funcionamiento de la Unidad dónde ingresa el paciente. La extracción de casos se realiza durante 1 semana utilizando como fuentes de datos la Historia clínica y una entrevista personal al paciente y/o familia. Se obtiene una muestra de 60 casos mediante un muestreo aleatorio de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización más de 24 horas y menos de 7 días. Como mecanismo de sustitución de casos se sigue el Paciente del nº de cama siguiente al que hay que sustituir, entendiendo que si el paciente a sustituir se encuentra en la cama B se pasará a la cama A de la siguiente habitación. Medidas correctoras: • Identificar la información y sugerencias del paciente sobre la información que se le proporciona mediante una encuesta en la que se incorpora una pregunta abierta sobre la información que les faltaría les gustaría recibir • Modificación de la guía de acogida adaptando la información a las necesidades del paciente. Adecuando la información incluida en la guía a las características específicas de cada servicio de hospitalización, excluyendo información innecesaria o que el paciente obtiene por otra

vía para facilitar la lectura y comprensión de la guía de acogida. Inclusión en la guía información sobre el nombre del personal que realiza la acogida al ingreso del paciente (Enfermera y Auxiliar de Enfermería). • Reimpresión de la guía y distribución por plantas de hospitalización. • Difusión del protocolo de acogida del paciente hospitalizado transmitiendo información sobre responsabilidades de cada categoría profesional fomentando la coordinación y comunicación.

RESULTADOS:

Cumplimientos 1ª Evaluación: C1: 63,33 ±5,63%; C2:51,67±5,84%; C3:41,67±5,76% Incumplimientos 1ª Evaluación: 86 incumplimientos totales, C3: 35 (40,70%), C2: 29 (33,72%) y C1: 22(25,58%). Cumplimientos 2ª Evaluación: C1: 85 ±4,63%; C2:71,67±5,82%; C3:48,33±6,48% Incumplimientos 2ª Evaluación: 57 incumplimientos totales, C3: 31 (54,39%), C2: 17 (29,82%) y C1: 9(15,79%).

DISCUSIÓN:

Para los criterios 1 y 2 la mejora es estadísticamente significativa (C1: P0,05). Aunque se ha producido una mejora en los criterios seleccionados, aún hay margen de mejora por lo que se concluye la necesidad de seguir trabajado y mejorando los resultados.

C107.- SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA TRAS ALTA HOSPITALARIA EN LOS RECIÉN NACIDOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

NAVARRO-GIL PM, TEROL-CLARAMONTE M, CANTERO-CABALLERO M, TORIJANO-CASTILLO MJ, RODRIGUEZ-RIEIRO C, PLA-MESTRE R.

HOSPITAL GENERA UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

Previo a la realización de una intervención de fomento de lactancia materna se diseñó un estudio con los siguientes objetivos: 1.Conocer la prevalencia de la lactancia materna al alta hospitalaria, y a los 2, 4 y 6 meses de vida, en los recién nacidos de un hospital de tercer nivel. 2.Averiguar los principales motivos de abandono de la lactancia materna. 3.En función de los resultados anteriores elaborar propuestas de mejora en la atención sanitaria al amamantamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante entrevista al alta y encuestas telefónicas. Población: Mujeres que habían dado a luz durante los cinco primeros meses del 2010. Recogida y análisis de datos: Se realizó una entrevista al alta y una encuesta telefónica a las madres a los 2, 4 y 6 meses del alta hospitalaria con preguntas referentes a la alimentación del lactante y a las dificultades encontradas para el amamantamiento. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS v 18. Posteriormente un grupo de expertos discutieron los resultados y realizaron una propuesta de mejoras.

RESULTADOS:

Se entrevistó a 400 mujeres. La tasa de prevalencia de lactancia materna completa (LMC) al alta fue de 41% y la de lactancia mixta (LMI) 54%. A los 2 meses del alta, sin considerar las pérdidas, la tasa de LMC aumentó al 50%, siendo la LMI del 31%. A los 4 meses se obtuvo una prevalencia de 44% de LM y 25% de LMI. A los 6 meses fue de 21% y 34% respectivamente. Los motivos principales de abandono fueron por orden: mala técnica, no ganancia de peso, fin de la baja maternal, patología mamaria. En función de dichos resultados se ha

establecido un cronograma de intervenciones y una posterior evaluación.

DISCUSIÓN:

Tanto los protocolos basados en las buenas prácticas en lactancia como la formación de los profesionales son intervenciones con evidencia científica demostrada para el aumento de la prevalencia de lactancia materna exclusiva. La prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta presenta prevalencias inferiores a las deseables.

C108.- MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE FAV.

HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ IM, MATEO-ALBADALEJO MA, ALARCÓN-GAMBÍN MA, SAORÍN-MARÍN P, FUENTES-MARTÍNEZ AJ, ROMERA-CANO L.

H.G.U.REINA SOFÍA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Los pacientes ingresados en nuestro centro que sufren una insuficiencia renal crónica en estadio V, precisan someterse a hemodiálisis. Hemos detectado que en ocasiones no se encuentran correctamente identificados , al no portar la pulsera que los identifica como tales en el brazo donde tienen la FAV.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El grupo de trabajo establece 4 criterios: Criterio 1: Todo paciente portador de FAV debe ser provisto al ingreso por puerta de urgencias de la pulsera identificativa por parte de la enfermera responsable en sala de triage.. Criterio 2: Todo paciente portador de FAV debe ser provisto al ingreso por admisión programada de la pulsera identificativa por parte de la enfermera responsable de la recepción del paciente en la unidad de hospitalización. Criterio 3: Los pacientes portadores de FAV deberán llevar en todo momento , durante el ingreso hospitalario, la pulsera identificativa. Criterio 4: La pulsera será colocada en el brazo portador de FAV. Estudio de la calidad científico-técnica. Datos de proceso y resultado. Unidad de estudio: pacientes afectados por insuficiencia renal crónica en estadio V ingresados portadores de una FAV. Los proveedores de dicho servicio son el personal de enfermería correspondiente a las áreas de urgencias, hospitalización y servicio de nefrología. Fuente de dato: observación directa e historia clínica. Evaluación interna.

RESULTADOS:

1ª Evaluación:

Nivel de cumplimiento: Crit: 47%; Crit 2: 36%; Crit 3: 60%; Crit 4: 70%

Acciones de Mejora:

Sesión informativa a supervisores de enfermería del centro.

Sesión de enfermería para difusión del cuidado del paciente renal.

Difusión del manejo de la pulsera identificativa a todos los supervisores mediante correo electrónico.

Cartelería informativa desplegada en las unidades de hospitalización y urgencias.

2ª Evaluación:

Nivel de cumplimiento: Crit 1: 97%; Crit 2: 92%; Crit 3: 96%; Crit 4: 96%

Mejora en todos los criterios con p<001.

DISCUSIÓN:

Las sesiones dirigidas a profesionales de enfermería se han mostrado eficaces para la mejora de la identificación del paciente portador de FAV. El uso del correo electrónico facilita la difusión de información y su despliegue en las unidades para la consecución de la mejora.

C109.- PROTOCOLO DE RESULTADOS DE RADIOLOGÍA DE URGENCIAS. ANÁLISIS DE SU CUMPLIMENTACIÓN.

CRESPO-PALAU C*, NOVILLO-SANTOS M, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, RÍOS-VALLÉS L, MARTÍNEZ-LÉRIDA A.

HOSPITAL LLEUGER. CAMBRILS. TARRAGONA.

OBJETIVOS:

Controlar la calidad de la cumplimentación del Protocolo Resultados de Radiología de Urgencias (PPRU)

MATERIAL Y MÉTODOS:

A través del uso del PPRU del periodo comprendido entre 1/3/2010-31/3/2011 (13 meses) instalado en OMI-AP que se divide en 4 opciones (Radiología de Tórax-Extremidades-Tronco (vértebras y costillas)-Otras: Abdomen, pelvis, cráneo, Huesos propios, Senos paranasales), donde se notifica la opción de NO patológico o Patológico. En la opción de "Patológico", están preinstalados los hallazgos más frecuentes y la opción de texto libre. Las exploraciones radiológicas son digitalizadas. Se ha diseñado plantilla en Ms Excel, para su estudio estadístico. De las 1.097 entradas que se han constatado patológicas, se ha extraído una muestra proporcional de los 4 grupos implicados (Radiología de Tórax-Extremidades-Tronco-Otras), de n=226, para verificar la cumplimentación de dicho Protocolo.

RESULTADOS:

De la muestra estudiada, para revisar la cumplimentación del protocolo en relación a las radiografías PATOLÓGICAS, se han obtenido los siguientes resultados: 67 Tórax, de las que 7 (10.44%), se han cumplimentado de forma irregular (2 nulas, 1 Dilatación de cámara gástrica , No derrame, Patológico, sin especificar el motivo etc.) 19 de tronco, todas bien cumplimentadas, Extremidades: 21 (17.79%) se han demostrado irregulares (Patológico/No patológico, 13 No LOAS/Sin patología; 2 Nulas, 4 Patológico, sin especificar), En el apartado de Otras RX se han constatado 8 (36.36%), de cumplimentación irregular o no procedente: ABDOMEN: Heces en marco cólico. Gas en polo esplénico, Cardiomegalia RX de Costilla y otra de Pie,

cumplimentada en el Apartado de Otras RX, cuando tiene apartado específico. RX Pelvis (2): Sin constancia de patología. La patologías más evidenciadas en la Rx de Tórax han sido la Condensación/Neumonía (en distintos segmentos) en un 20.89% y la Cardiomegalia en un 19,40%. En el caso de las RX de tronco, la patología más reportada ha sido la "Rectificación" tanto lumbar como cervical, en el 36.84% de los casos. Se han cumplimentado fracturas en un 44.06% de los casos, de las cuales en un 21.15% correspondían a falanges, tanto de la mano como del pie. Comentar que aunque exista la opción predeterminada, muchos facultativos optan por el texto libre, para cumplimentar neumonías o las fracturas más frecuentes.

DISCUSIÓN:

- Alta cumplimentación del protocolo - De la muestra estudiada (n=226) sólo se ha hallado un 15.92% de mala cumplimentación del mismo, que puede atribuirse a diversos motivos: 1. El personal no está entrenado. 2. Los facultativos entienden como patológico, hallazgos que no lo son. 3. Existen disfunciones en el diseño del protocolo. Será en estos puntos donde incidirán nuestras acciones de mejora.

C110.- ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIFÚNGICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

TITOS-ARCOS JC, NÁJERA-PÉREZ MD, IRANZO-FERNÁNDEZ MD, SÁNCHEZ-CATALICIO MM, ARRIBAS-DÍAZ B, LEÓN-VILLAR J.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Analizar la evolución en el consumo de antibióticos y antifúngicos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital general en los últimos dos años (2009 y 2010) con el objetivo de intentar establecer acciones de mejora que resulten para minimizar costes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de la evolución del consumo de antibióticos y antifúngicos del año 2009 y 2010 en una UCI compuesta por 18 boxes. Se han considerado todos los antibióticos y antifúngicos incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital. Para comparar el consumo se registraron las unidades consumidas, número de dosis diarias definidas (DDD) y el importe económico. Los datos fueron descargados del aplicativo informático Discoverer®.

RESULTADOS:

En el año 2009 y 2010, el consumo total de antibióticos en UCI fue de 18.266 y 16.968 unidades (U), con un importe total de 401.171 € y 340.285 €, respectivamente. Las unidades consumidas de los antibióticos más prescritos fueron: piperacilina/tazobactam (4.783 U en el año 2009 y 3.276 U en el 2010), meropenem (2.411 U y 2.642 U), teicoplanina (1269 U y 1296 U), levofloxacino (1.099 U y 840 U) y linezolid (829 U y 732 U), mientras que los antifúngicos más consumidos fueron: fluconazol (474 U y 338 U), anfotericina B (215 U y 179 U) y anidulafungina (212 U y 196 U). La evolución en el número de DDD para dichos antibióticos y antifúngicos fue desde 1367 (año 2009) a 936 (año 2010) para piperacilina/tazobactam, de 1206 a 1321 para meropenem, de 867 a 861 para teicoplanina, de 1099 a 840 para levofloxacino, de 415 a 366 para linezolid, de 706 a 470 para fluconazol, de 307 a

255 para anfotericina B y de 212 a 196 para anidulafungina. Sin embargo, en cuanto a importe, los antibióticos y antifúngicos que significaron más de la mitad del gasto total de estos grupos fueron: anidulafungina (88.192 € en el año 2009 y 75.963 € en el año 2010), meropenem (53.462 € y 57.223 €), caspofungina (52.272 € y 43.023 €) y linezolid (51.400 € y 44.029 €). El porcentaje del gasto total de antibióticos y antifúngicos que supuso este importe fue el siguiente: un 22% para anidulafungina en cada año, un 13% y 17% para meropenem en el año 2009 y 2010, respectivamente, y un 13% tanto para caspofungina y linezolid en cada año.

DISCUSIÓN:

- En el año 2010 se observa un incremento en el consumo de meropenem y teicoplanina, con una disminución considerable del consumo de imipenem (de 251 U en 2009 a 73 en 2010). - Anidulafungina, meropenem, caspofungina y linezolid son los medicamentos que más disparan el gasto dentro del grupo de los antifúngicos y antibióticos. - Estos resultados hacen reflexionar en el uso excesivo de meropenem y anidulafungina en primera línea, si bien anidulafungina es prescrito principalmente por no precisar ajuste en pacientes con insuficiencia renal o hepática. - La exposición de estos resultados en UCI ha dado lugar al compromiso de llevar a cabo un protocolo de utilización de imipenem/meropenem.

C111.- INDICADOR SINTÉTICO DE PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

REYES-ALCÁZAR V, TORRES-OLIVERA A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Definir un indicador sintético que permita incluir la producción científica de una organización orientada al impulso de la calidad sanitaria dentro del conjunto de indicadores de nivel estratégico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Las fases metodológicas han sido: (1) Revisión de los factores críticos de éxito (FCE) definidos por la organización en su Plan Estratégico. (2) Identificación de la transferencia de conocimiento como recurso clave de valor estratégico. (3) Diseño de un indicador sintético para monitorizar el conocimiento como FCE. (4) Selección de las variables que componen el indicador. (5) Formulación matemática de la ecuación que permitirá el cálculo de cada variable y del indicador de manera integral. (6) Contextualización del indicador dentro del Cuadro de Mando Integral.

RESULTADOS:

El índice sintético de producción científica (SPI – Scientific Production Index) se compone de tres variables específicas, dos factores de ponderación y una variable independiente. [1] Las tres variables específicas son: Número de Artículos publicados en revistas científicas (Varticle) Número de Comunicaciones aceptadas en congresos (Vabstract) Número de Proyectos de Investigación financiados (Vproject) [2] Los dos factores de ponderación son: * Número de autores distintos que participan en un proyecto, artículo o comunicación (WF1) WF1=Trabajos con autores internos < Trabajos con autoría colaborativa * Criterio geográfico del proyecto, artículo o comunicación (WF2) WF2= Regional < Nacional< Internacional [3] Se ha definido una variable independiente, el Factor de impacto de la revista donde se publican los artículos (IF -impact factor, publicado por el Journal Citation Reports) Finalmente, el índice sintético de

producción científica (SPI) queda definido por la expresión: SPI= A+B+C A= Varticle * WF1* IF B= Vabstract* WF1* WF2 C= Vproject* WF1* WF2 SPI= A+B+C= [Varticle * WF1* IF] + [Vabstract* WF1* WF2] + [Vproject* WF1* WF2].

DISCUSIÓN:

La incorporación de un indicador sintético de producción científica entre los indicadores del Cuadro de Mando Integral, refleja el valor estratégico que tiene la producción científica para la organización, y refuerza la importancia de considerar la Gestión del Conocimiento como un instrumento adecuado para mejorar la visibilidad organizacional y para reforzar la orientación del funcionamiento de la organización dentro de modelos de trabajo colaborativo.

C112.- AVANZANDO HACIA UNA MEJOR ATENCIÓN AL PARTO NORMAL.

CRUZ-PALACIOS R, HERNÁNDEZ-GARCÍA E, GOIG-ABARCA JI, GILABERT-MURCIA J, CONTESSOTTO-SPADETTO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

OBJETIVOS:

1) Analizar los resultados de la aplicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en nuestro hospital. 2) Detectar eventuales fallos y proponer las correspondientes acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio observacional retrospectivo de seguimiento de los efectos de la implantación de la EAPN en nuestro hospital en Octubre de 2008. Objetos de estudio fueron todos los partos atendidos en condiciones preintervención en Abril de 2008, comparándolos con aquellos del mismo mes de los años 2009 a 2011. Se han revisado un total de 363 historias clínicas: en formato convencional las del periodo inicial, y el resto en soporte informático, bien sea digitalizadas o en el aplicativo Selene. Analizamos los resultados referentes a 6 de los indicadores propuestos por la EAPN: parto instrumental, episiotomía, cesárea, anestesia espinal, contacto piel con piel madre-recién nacido y lactancia materna precoz. No evaluamos los 6 parámetros restantes (enema y rasurado de periné, acompañamiento y manejo en la dilatación, posición en la expulsión, tipo de alumbramiento) por su registro insuficiente. Para el análisis estadístico de los datos utilizamos el test Chi cuadrado, calculando el estadístico de Pearson para controlar la homogeneidad de la muestra, con un índice de confianza del 90% y un nivel de significación del 1%.

RESULTADOS:

Para cada indicador, la evolución en los 4 años estudiados ha sido la siguiente: 1) Parto instrumental: 21, 11.2, 11.6 y 8.3 %. 2) Episiotomía: 56.1, 50.7, 45.2 y 32.5%. 3) Cesárea: 24.1, 23.5, 23.2 y 22%. 4) Anestesia espinal: 47.6, 52, 54 y 28.6%. 5) Contacto piel con piel: 35.5,

76.2, 87.1 y 87.9%. 6) Lactancia materna precoz: 71, 80.3, 74.3 y 86.5%.

DISCUSIÓN:

La mayoría de los datos obtenidos en este estudio indica que en nuestro centro la EAPN está logrando que el parto sea un proceso cada vez más fisiológico y respetuoso con las necesidades de la paciente y su entorno, gracias a la motivación e implicación de los profesionales del área obstétrica. Los cambios han sido especialmente evidentes en el último periodo, debido al incremento del personal y a las importantes mejoras estructurales secundarias al traslado del hospital. A raíz de este análisis, todos los indicadores de la EAPN están incluidos como campos de registro informático obligatorio.

C113.- UN NUEVO CICLO DE MEJORA DE CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: AVANZANDO EN LA FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN.

BAYON-CABEZA M, PEREZ-RIVAS FJ, JIMENEZ-DOMINGUEZ C, BARTOLOME-CASADO MS, SANCHEZ-VILLASEVIL MP, MARTI-ARGANDOÑA M.

GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. MADRID.

OBJETIVOS:

La actual Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria (AP) inició su andadura en 2007. Recoge los 42 servicios preferentes en AP. Incluye 237 Indicadores: 50 de Cobertura: Criterios de Inclusión (CI) y 187 Criterios de Buena Atención (CBA). Está inmersa en un proceso de mejora continua. En 2010 se inicia un nuevo ciclo con los objetivos de mejorar los contenidos científico-técnicos, el registro en la historia clínica, y de forma prioritaria, el proceso de evaluación para ajustar los resultados más a la realidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo. Ámbito del estudio: 208 centros de salud. Estrategia de Revisión: Durante el primer semestre de 2010 se constituyen grupos de trabajo multidisciplinares para revisar y detectar áreas de mejora de CSE en las 3 líneas definidas. En Julio de 2010 se consensúan y analizan las propuestas, priorizando la intervención sobre el proceso de evaluación. Se propone modificar el proceso de evaluación de los CI y CBA de algunos Servicios (Sº). Se propone: añadir el CIAP W11 en el Sª de Anticoncepción Hormonal y la fecha de realización de citología en el Sº de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix e incluir en el Sº de Atención al Inmovilizado a todos los pacientes con una visita domiciliaria en el último año. Se propone restringir los denominadores del Sº de Anticoagulación Oral solo a pacientes con receta emitida en el último año, del Sº de Atención a Cardiopatía Isquémica a los pacientes > de 45 años, en lugar de los > de 40 y del CBA de cribado de criptorquidia solo a niños varones, etc. Procedimiento de Evaluación: Comparación de resultados de evaluación de CSE de los años 2009 y 2010. Análisis estadístico: Programa EPIDAT 3.1.

Distribución de frecuencias y comparación de proporciones para muestras independientes.

RESULTADOS:

En la evaluación 2010 se midieron 207 indicadores. Tras incorporar las propuestas priorizadas, se produjeron cambios en los resultados de las Coberturas de Servicios Preventivos, incrementándose en 13,2 puntos porcentuales el Sº de Anticoncepción; y 8,1 y 13 el de Cáncer de Cérvix, en menores y mayores de 35 años, respectivamente. Se incrementaron los COB de los Sº de crónicos: 35,8 puntos en Anticoagulación Oral, y un 36% el nº de pacientes incluidos en el Sº de Inmovilizados. Ha descendido 8,8 puntos el COB del Sº de Cardiopatía Isquémica. Cabe destacar el incremento de 37,2 puntos en el CBA cribado de criptorquidia. En todos los casos las diferencias han sido estadísticamente significativas ($p < 0.001$) El resto de las propuestas de mejora definidas para las 3 líneas, se implantaran a lo largo de 2011.

DISCUSIÓN:

Las mejoras introducidas en la evaluación 2010 produjeron cambios en los resultados que conllevaron una mayor y mejor cuantificación del proceso asistencial, haciéndolos más válidos y fiables. La eficacia de la implantación de estas medidas nos impulsa a seguir trabajando en la incorporación del resto de mejoras propuestas por los grupos de trabajo.

Sesión de Comunicaciones II

Sala Yepes

Cuidados

C114 – C125

C114.- FORMULACIÓN DE INDICADORES: VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON RADIODERMITIS.

ILLANA-RODRIGUEZ N, GARCÍA-PAYÁ F, GARCÍA JIMENEZ- C, HELLÍN-MONASTERIO J, URAN-GARCÍA JE.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Estandarizar la actuación de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica del HUVA en la administración de cuidados a pacientes con Radiodermitis inducida por los tratamientos radioterápicos intentando mantener la integridad de su piel. Evaluar la actuación protocolizada mediante la formulación de indicadores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Enero del año 2011 la Dirección de Enfermería de HUVA estimó oportuno la formulación de Indicadores de calidad que permitieran valorar cómo es otorgada la atención a este tipo de pacientes. Se creó una comisión integrada por enfermeras/os del Servicio de Oncología radioterápica y de Servicios Centrales que elaboraron Indicadores de Proceso (evalúan la calidad de un proceso asistencial). siguiendo los criterios establecidos.

RESULTADOS:

1)Se ha dotado al paciente y/o cuidador principal de información escrita sobre su tratamiento incluyendo aquella relacionada con los posibles efectos adversos. Área/Dimensión: Adecuación. Continuidad. Efectividad. Accesibilidad. Eficacia. Justificación: Ha de estar definida y protocolizada la entrega de información escrita sobre el tratamiento radioterápico en Consulta de Enfermería. Fórmula: nº de pacientes a los que se ha entregado información escrita sobre cuidados durante la radioterapia en consulta de Enfermería/nº de pacientes atendidos en Consulta de Enfermería del Servicio de Oncología RadioterápicaX100. Explicación de términos: Radioterapia: tipo de tratamiento oncológico que utiliza las radiaciones para eliminar las células tumorales. Población: Pacientes >18 años atendidos en Consulta de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica. Tipo: proceso. Fuente de

datos: Registro de pacientes tratados en el Servicio de Oncología Radioterápica del HUVA (SELENE). Estándar: 100%. 2)Los profesionales de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica conocen y utilizan la escala RTOG para valorar el grado de Radiodermitis. Área/Dimensión: Adecuación. Continuidad. Efectividad. Accesibilidad. Eficacia. Justificación: Ha de estar protocolizada la utilización de la escala RTOG para valorar el grado de Radiodermitis entre los profesionales de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica. Fórmula: nº de valoraciones de pacientes con escala RTOG recogidas en SELENE (Servicio De Oncología Radioterapica)/nº total de pacientes atendidos en el Servicio De Oncología Radioterapica recogidos en SELENE. Explicación de términos: Escala RTOG: sistema de clasificación de la toxicidad tardía de los órganos vitales como resultado del tratamiento del cáncer con radioterapia. Población: profesionales de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica. Tipo: proceso. Fuente de datos: Registro de pacientes tratados en el Servicio de Oncología Radioterápica del HUVA (SELENE). Estándar: 100%.

DISCUSIÓN:

Utilizar indicadores supone previamente elaborar criterios de calidad, que podemos definir como aquellas condiciones deseables o indeseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria.

C116.- ENSEÑAR A CUIDAR: ESCUELA DE PADRES.

PASTOR-RODRIGUEZ* JD, QUESADA-CANOVAS EM, PEDREÑO-LORENZO N, MARTINEZ-NAVARRO F, IGLESIAS-ALCARAZ M, GUIRAO-GUERRERO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

1. Proporcionar a los padres la orientación, información y formación necesaria para el cuidado de su hijo. 2. Unificar criterios de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Trabajando con los padres de los neonatos nos dimos cuenta de la frecuente petición de información que nos hacían y de las dudas que les surgían en el momento de irse de alta. Asimismo, las respuestas recibidas variaban de un profesional a otro. Como consecuencia de ello, decidimos poner en marcha una escuela de padres con la que unificar criterios de información y poder educar a nuestros padres en aquellos temas en los que les surgían más dudas. Creamos un grupo de trabajo en el que debatimos aquellos temas que más demanda de información tenían, decidiendo iniciar la escuela de padres con charlas desarrolladas por el personal de Enfermería de la unidad Neonatal en clase magistral. Inicialmente planificamos el desarrollo de 2 sesiones semanales de 45 minutos, de los cuales 15 minutos se dedicaban a dar formación a los padres y los 30 restantes a resolver dudas. Los 2 temas iniciales fueron lactancia materna y cuidados básicos del recién nacido, a los que se añadieron posteriormente otros como la prevención del virus respiratorio sincitial, contacto piel con piel, importancia de la atención temprana, muerte súbita del lactante, etc. La ubicación de las charlas sería en un box de la unidad que estaba sin ocupación de niños. Se informo a los padres del desarrollo de las clases personalmente y a través de carteles.

RESULTADOS:

Se iniciaron las clases con la asistencia aproximada del 60% de los padres, con presencia ocasional de padres de UCI neonatal y UCI pediátrica. Los padres agradecieron la formación recibida y, en ocasiones, la duración se alargaba

hasta los 90 minutos dado el volumen de preguntas que hacían. En diversas ocasiones las clases se convertían en un grupo de apoyo donde los padres expresaban sus sentimientos y se reconfortaban unos a otros. Se han desarrollado un total de 6 sesiones con temas diferentes que se van repitiendo cíclicamente, llevándose a cabo los martes y jueves de 10.30 a 11.15h.

DISCUSIÓN:

Desde la implantación progresiva de los cuidados centrados en el desarrollo en nuestra unidad y la presencia casi permanente de los padres en la misma, el cliente de neonatología ha pasado a ser la unidad padres-niño. Nuestra atención pretende la implicación de los padres en el cuidado de su hijo a la vez que se persigue el cuidado óptimo al que todo recién nacido tiene derecho durante su estancia hospitalaria y, posteriormente, en su domicilio. Los padres manifiestan una mejora en su capacidad de afrontamiento del cuidado de sus hijos, proporcionándoles más seguridad de cara a llevárselos a casa y el niño se beneficia de unos cuidados adecuados. Asimismo, la expresión abierta de sentimientos ha hecho aflorar niveles de ansiedad y depresión que estaban generándose en los mismos. Para el personal ha supuesto un aliciente, implicándose en el desarrollo de las clases y proponiendo nuevos temas.

C117.- INTENTANDO PROFUNDIZAR EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS.

PÉREZ-COMPANY P, DEL OSO-MORÁN J, TIÑENA-AMORÓS M, ZURIGUEL-PÉREZ E, AGUSTINO-RODRIGUEZ S, MARTÍNEZ-MUÑOZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Elaborar indicadores sensibles, asociados a los cuidados y con impacto en la morbi- mortalidad del paciente ingresado. Objetivos específicos: Desarrollar indicadores sintéticos tales como índice de detección precoz de complicaciones, de autonomía y participación en la toma de decisiones, de afrontamiento terapéutico, de estancia media relacionada con la seguridad, de tiempo de atención y rotación en la personalización de cuidados (Índice PACRI). O también indicadores de case-mix, la frecuentación diagnóstica, y los de calidad diagnostica e indicación de las intervenciones, como los índices de correlación diagnostica y diagnostica–terapéutica. Validación de los indicadores elaborados. Creación del sistema de información (S.I.).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se propone un estudio en tres fases: Primera, la revisión de bibliografía existente, estableciendo criterios previos de búsqueda, utilizando metodología cualitativa, grupos de expertos, para la selección de los indicadores, por consenso; Segunda, la comparación de los mismos con los propuestos por Agency for Healthacare Research and Quality, Nacional Quality Forum y American Nurses Association y Proyecto Séneca. Por ultimo realizar la validación y la comprobación de que el sistema de información tiene capacidad para medirlos y dar resultados.

RESULTADOS:

Se ha tomado como referencia inicial, para conocer el comportamiento de los cuidados que pueden tener relación con nuestro estudio, resultados de cuatro años (2007-10), comprendidos en una amplia base de datos que disponemos y obtenemos a través del Plan de Evaluación del Hospital. Calidad Información: 95,69%, Afrontamiento

terapéutico: 93,05%, Autonomía: 33,43% , Continuidad de cuidados: 98,15. Ulceras por presión: 3,93%, Dolor: 15,37%, Bronco aspiraciones: 0, 608%, entre otros. Por otro lado se ha realizado la búsqueda bibliográfica, seleccionando 16 estudios y revisando los indicadores encontrados. Se esta analizando, mediante pruebas de comparación, la fiabilidad de datos obtenidos de la explotación del programa informático Gacela Care, y los obtenidos mediante auditorias y observación directa, para crear el S.I. útil para los nuevos indicadores y los usuarios, 231 centros funcionales de actividad.

DISCUSIÓN:

Durante diez años se han desarrollado en el sistema de información del Hospital, indicadores de cuidados fundamentalmente de proceso, relacionados con la calidad de la información, la continuidad de cuidados y la seguridad de los pacientes. Clásicos como las caídas, ulceras, el dolor, la infección, conforman los 105 indicadores monitorizados en los Cuadros de Mando, cuyos resultados han servido para mejorar los cuidados. El estudio que estamos llevando a cabo pretende profundizar en la búsqueda de otro tipo de indicadores que nos puedan dar una información más especifica, incluso de resultados, no solo de la calidad sino también del impacto, tal como aconseja el informe de The Institute of Medicine’s Quality Initiative y la Joint Commission en Nursing sensitive care measures.

C118.- EDUCACIÓN SANITARIA DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PROCESOS CRÓNICOS. RESULTADOS DE EFECTIVIDAD.

DOBLADO-LOPEZ O, IBIRICU-BARRO A.

HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA.

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad de la educación sanitaria enfermera completa (educación general de la patología,dieta,tratamiento,ejercicio físico y hábitos tóxicos) analizando el buen control de la patología crónica relacionado con la educación recibida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio analítico retrospectivo de todos los pacientes visitados por enfermería en 2010 con Diabetes Méllitus(DM)Enfermedad Obstructiva Crónica(EPOC) Hipertensión Arterial(HTA) y Dislipemia(DLP)

Datos de Historia Clínica Informatizada(HCI) Estudio estadístico SPSS v19 aplicando prueba Chi-cuadrado

Variables:Sexo,Edad:Grupos igual/mayor de 60 y menores de 60 años,Tipo patología,

Educación completa

Patología con buen control: EPOC valor FEV en espirometría leve/moderada, HTA cifra TAS <140-TAD <90,DM cifra de HbAc1 <8 o glicemia <129 mg y DLP Colesterol Total <6,5 mmol/l y/o triglicéridos =<1,5 mmol/l.

RESULTADOS:

Se visitaron 7.161 pacientes con HTA 3.708 (43%)EPOC 381 (5,3%)DM 1.291 (18%)DLP 2.411 (33,7%).

Sexo:Mujeres 3.554(49,6%)Hombres 3.607(50,4%).

Edad: Mayor/igual 60 años 5.024(70,2%) menores 60 años 2.137(29,8%).

Recibieron educación 3.350(46,8%) y no lo hicieron 3.811(53,2%).

Mal control 3.274(45,7%) y buen control 3.732(52,1%) Hay 155 casos perdidos por no constar en HCI valores analíticos

De los que recibieron educación completa 55,9% tienen buen control y 44,1% están mal controlados.Los que no recibieron educación 50,8% están bien controlados y 49,2% no lo están. Existe significación estadística(p<0,0001) para educación y buen control

Del grupo de edad mayor/igual de 60 años 54,7% están bien controlados y 45,3% no lo están. Del grupo menores de 60 años 49,9% están bien controlados y 50,1% no lo están Hay significación estadística para buen control de la patología y grupo de edad mayores/ igual 60(p<0,0001)

Del grupo menor 60años 38,8% recibieron educación completa y 61,2% no.Del grupo igual/mayores 60años 50,2% recibió educación y 49,8% no.Hay significación estadística para educación completa en pacientes de edad igual/mayor 60(p<0,0001).

Para sexo no se ha encontrado significación estadística ni con buen control ni con educación.Tienen buen control 54%de mujeres y 52,6%de hombres(p=0,247) Recibieron educación completa 47% de las mujeres y 46,5%de los hombres(p=0,622).

DISCUSIÓN:

Los pacientes visitados han sido mayoritariamente de edad igual o mayor de 60años y distribuidos por sexo equitativamente La educación sanitaria completa sólo se realizó en algo menos de la mitad de pacientes Las enfermeras están educando mayoritariamente a pacientes del grupo de 60 o más años y éstos tienen significativamente mejor controlada su patología Es efectiva la educación completa para el buen control de las patologías del estudio Con la implicación de enfermería en la educación sanitaria de patologías crónicas se puede incrementar su buen control y la eficiencia en los cuidados.

C119.- IMPLANTACIÓN DE LA ESCALA NRS 2002 PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL, EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.

ESCRIBANO-HERNÁNDEZ MT, CORBALÁN-ABRIL MD, AUÑÓN-VELENCOSO M, PARDO-CABALLERO A, MOLINA-BONILLA DC, MARTÍNEZ-GÁLVEZ MD.

H.G.U. REINA SOFÍA. ÁREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de desnutrición hospitalaria al ingreso utilizando el Nutritional Risk Screening (NRS2002) como método de cribado. Identificar precozmente a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición, que van a ser sometidos a intervención quirúrgica con el fin de poder intervenir, y mejorar su situación nutricional reduciendo las complicaciones postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio realizado en una unidad de hospitalización de Cirugía General y Digestivo, por un equipo multidisciplinar formado por miembros de la unidad de nutrición y enfermería. Población diana: pacientes con previsión de ingreso superior a 72 horas y que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica. Mayo-Diciembre 2010. Al ingreso se realizaba el screening inicial y cuando éste era positivo, se pasaba al screening final. Las actuaciones derivadas en función de la puntuación obtenida fueron: vigilancia de ingesta dietética semanal o diaria, y consulta para soporte nutricional especializado. Variables estudiadas: valoraciones con escala NRS2002, interconsultas a nutrición, número de días entre valoración inicial y soporte nutricional, riesgo de desnutrición proteica y frecuencia en porcentajes de los ítems del screening inicial. Las variables se expresan en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS:

Número total de valoraciones al ingreso: 82 Número total de valoraciones con NRS > 3: 42 Número total de interconsultas realizadas por enfermería al servicio de nutrición: 34 Número de días trascurridos entre la valoración y la intervención del servicio de nutrición: 1-2días Tras ser valoradas por dicho servicio, se encontraron

los siguientes resultados: Riesgo de desnutrición proteica grave: 9 pacientes, moderada 12, leve 5, sin riesgo 2 y pendiente de analítica 2 Análisis de frecuencia de los ítems del screening inicial: ¿ha perdido el paciente peso en los últimos 3 meses?: 26% ¿ha reducido el paciente su ingesta en la última semana?: 11% ¿es el índice de masa corporal (IMC) < 20´5: 3% ¿está el paciente gravemente enfermo?: 2%.

DISCUSIÓN:

La aplicación de una herramienta como el Nutritional Risk Screening resulta de gran utilidad para la detección precoz, registro, intervención nutricional, seguimiento y control de la situación nutricional de los pacientes ingresados. La instauración de la escala NRS 2002 para la valoración del riesgo nutricional en los pacientes hospitalizados, es una herramienta importante para el abordaje inicial y multidisciplinar, en la valoración global del patrón nutricional-metabólico, ya que facilita la toma de decisiones terapéuticas y permite derivar al paciente a la unidad de nutrición con mayor objetividad. La escala permite detectar el riesgo de desnutrición, con un mínimo de coste, tiempo y sobre todo de fácil aplicabilidad.

C120.- PAPEL DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DE PACIENTES CON BAJO CUMPLIMIENTO EN EL TRATAMIENTO CON CPAP.

CASTILLO-QUINTANILLA C, CABALLERO-RODRIGUEZ J, CABALLERO-MESA A, PAZ-GONZALEZ LM, SANCHEZ-NIETO JM.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

1. Objetivar el incumplimiento del tratamiento con CPAP 2. Identificar las causas de incumplimiento 3. Retirar la CPAP a los pacientes con baja adherencia no dispuestos a reintentar el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo. Pacientes diagnosticados de síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) y en tratamiento con CPAP con un cumplimiento objetivo medio de menos de 1 hora/noche identificados por la empresa suministradora. Citación telefónica Consulta protocolizada de enfermería para el control de pacientes en tratamiento con CPAP.

RESULTADOS:

Se identifican 108 pacientes (87 hombres (80,6%); 53±13,3 años; índice de apneas-hipopneas (IAH) 35,2±21,6); Epworth 10,7±5,6). Acuden 75 (69,4%), 20 no son localizados (18,5%) y 13 (12,1%) no acuden tras ser citados. Entre los pacientes que acuden 59 son hombres (78,6%) con 52±13 años un IAH de 35,9±21 y un Epworth de 10,8±5,7. En 14 (18,7%) se objetiva un cumplimiento medio de 1 o más horas; de los cuales 7 (9,3%) presentan un cumplimiento de 3 ó más horas. Las causas más frecuentes de incumplimiento son la presencia de efectos secundarios (37,3%) y la incomodidad del tratamiento (33,3%); en el 12% se objetiva una discrepancia entre el cumplimiento objetivo y el subjetivo, en el 10,7% una falta de aceptación, en el 4% el empleo de un tratamiento alternativo y en el resto (2,7%) otras causas. Tras la valoración de cada caso se decide mantener el tratamiento con CPAP en 34 (45,3%) y en 41 (54,7%) se retira y se remite a los pacientes para control por el facultativo de la unidad de sueño.

DISCUSIÓN:

El SAHS es una problema muy prevalente (4-9% de la población). Se asocia a un incremento de la mortalidad como consecuencia de alteraciones cardiovasculares, a un aumento de riesgo de accidentes de tráfico y una disminución de la calidad de vida como consecuencia de los síntomas diurnos – especialmente la somnolencia excesiva -. El tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea superior (CPAP) es de elección, ha demostrado ser eficaz en la corrección de las alteraciones reseñadas y ser coste-efectivo. Su principal problema es la falta de cumplimiento que se da en un 30-40% de los casos. Se considera adecuado un cumplimiento medio de 3 ó más horas por noche; éste puede ser objetivado mediante el contador horario de la CPAP. Es un tratamiento financiado por el sistema nacional de salud representado un coste medio de 289 € por paciente y año. Este estudio muestra que la identificación de los pacientes con bajo cumplimiento y su control en una consulta de enfermería protocolizada es eficaz para retirar dispositivos de CPAP en no cumplidores que no tienen intención de seguir con el tratamiento (ahorro económico asociado) y, probablemente, para rescatar a pacientes con cumplimiento inadecuado pero que tras la resolución de problemas pueden llegar a ser cumplidores. También muestra que un número importante de pacientes no acuden a los controles a pesar de ser citados o son ilocalizables por teléfono.

C121.- RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA PARA PACIENTES Y FAMILIARES DEL ÁREA 1 MURCIA-OESTE.

FERRER-BAS MP, BETETA-FERNÁNDEZ D, LÓPEZ-IBAÑEZ M, MARTÍNEZ-ROMERO C, DIAZ-VELAZQUEZ B, HELLÍN-MONASTERIO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

•Proporcionar información precisa y útil sobre los cuidados y recomendaciones a tener en cuenta por parte del paciente y familiar al alta hospitalaria, sobre la base de la mejor evidencia. •Utilizar un diseño legible, sencillo y claro. •Involucrar a los profesionales de enfermeria de Área I Murcia-Oeste, tanto de atención hospitalaria como primaria, en la elaboración de dichas recomendaciones. •Seleccionar los procesos más susceptibles de continuidad de cuidados entre los grupos más vulnerables.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proceso de elaboración se inició a principios de 2010 y comprendió las siguientes fases: Fase de diseño: Se reune la Dirección de Enfermería para planificar y elaborar el cronograma de actividades. Posteriormente se convocan a los supervisores de área y de unidad, por especialidades, para explicar el objetivo de la actividad a realizar y método a seguir. Se les sugiere, como formato estandarizado, la utilización de los "Patrones Funcionales de Marjory Gordon" y se pacta calendario de trabajo. Se constituyen 15 grupos de trabajo, uno por recomendación. Cada grupo está formado por diversos profesionales asistenciales y una coordinadora. Fase de elaboración: Los distintos grupos mantienen las reuniones pactadas hasta finalizar las recomendaciones. Para la elaboración se tiene en cuenta la documentación previa emitida por los médicos, consensuándola con los especialistas, sobre la base de la mejor evidencia. Fase de Revisión: Todas las recomendaciones realizadas son enviadas a la unidad de calidad de enfermería para una primera revisión en la que se unifica el formato y la estructura, manteniendo el contenido. Posteriormente se exponen en la Comisión de Cuidados del Área I, para aprobación y selección de la

escala Likert a utilizar en el pretest cognitivo. También se informa a todos los miembros de las unidades implicadas en el documento elaborado y al resto de unidades para la captación de incidencias. Fase de pilotaje: Tras el pretest entre los profesionales de las distintas unidades, actualmente se está pilotando entre los pacientes de las distintas unidades de hospitalización. Fase de aprobación final e implantación: En este momento se está a la espera de la aprobación por Grupo Regional de Calidad para la implantación en todas las unidades.

RESULTADOS:

Hasta el momento se han realizado 15 recomendaciones de cuidados al alta, 5 por área: médica, quirúrgica y maternal. Además se están constituyendo más grupos de trabajo para seguir ampliando el número de recomendaciones.

DISCUSIÓN:

La creación de recomendaciones de cuidados al alta aporta información precisa y útil sobre los cuidados y recomendaciones a tener en cuenta por parte del paciente y familiar al alta hospitalaria. Contribuyendo a un aumento de la satisfacción de los usuarios de nuestros servicios sanitarios. Además, la constitución de grupos de trabajo de profesionales asistenciales, ayuda a la creación de recomendaciones más adaptadas a la realidad de nuestros pacientes.

C122.- ¿UTILIZAMOS DE FORMA SEGURA LOS VASOS DE NEBULIZACIÓN?.

LEAL-LLOPIS J, PEREZ-GARCIA MC, PEÑALVER-HERNANDEZ F, BLAZQUEZ-GARRIDO R, MARTINEZ-BUENO MA, CARRILLO-ALCARAZ A.

AREA DE SALUD VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Conocer si se aíslan microorganismos patógenos en los vasos que se usan como deposito de la medicación nebulizada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo de todos lo pacientes en tratamiento con medicación nebulizada un día en nuestro hospital. La identificación de los casos se realizo mediante las hojas de tratamiento. Se han estudiado variables sociodemográficas de los pacientes, duración del tratamiento, estado de limpieza del vaso de nebulización y cultivo microbiológico del mismo. La recogida de muestras se realizo con una torunda seca y posterior siembra en la misma habitación del paciente. Posteriormente las muestras se trasladaron al servicio de microbiología para incubación e identificación. Los datos fueron analizados con el programa informático SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Durante el día de estudio había 34 pacientes en tratamiento con medicación nebulizada. La edad media era de 78,56 y el tiempo en tratamiento con estos fármacos era de 5,2 días. La mayoría eran del servicio de medicina interna (58,8%) seguido del servicio de neumología (23,5%). De los 34 vasos de nebulización cultivados, en 14 (41,22%) hubo crecimiento bacteriano, no aislándose en ninguno de ellos microorganismos patógenos. El 79,4% de los vasos de nebulización se encontraban sin haber sido lavados y con restos de la administración anterior.

DISCUSIÓN:

Existe un amplio número de pacientes que tiene sus vasos de nebulización sin aplicar el protocolo de mantenimiento de los mismos correctamente, lavar con agua y jabón y dejar secar. A pesar de ello, no existen microorganismos

patógenos que pudieran suponer un riesgo para los pacientes.

C123.- EVALUACION Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE LA GRAFICA DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.

MENENDEZ-FUENTES MJ, MARTINEZ-CORBALAN JT, POZO-SERRANO I, SEPULVEDA-GONZALEZ E, MORALES-MORENO JE, LEAL-LLOPIS J.

AREA DE SALUD VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar la correcta cumplimentación de la grafica de enfermería en una unidad de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental tipo ciclo de mejora. Los pacientes incluidos en el estudio han sido los ingresados en la unidad de Oncohematologia más de 72 horas. Los criterios de calidad evaluados han sido: pegatina del identificativa (c-1), presencia o ausencia de alergias (c-2), registro de tensión arterial y temperatura (c-3), registro de dieta (c-4), registro de riesgo de caídas (c-5), registro de riesgo de ulceras por presión (c-6), registro del nivel de dependencia (c-7), registro de canulaciones (c-8) y registro de pruebas complementarias (c-9). Las unidades de estudio son las graficas de enfermería y el marco muestral son los pacientes ingresado durante el mes de noviembre de 2010. La evaluación ha sido interna, retrospectiva y cruzada. Las medidas correctoras implantadas fueron presentar los datos de la primera evaluación al personal de la unidad y hacer sesiones formativas de cómo cumplimentar la grafica. Los datos fueron analizados con el programa informático Iqual.

RESULTADOS:

Se han evaluado 60 pacientes en cada evaluación. El criterio 1 presento un 100% de cumplimiento en las dos evaluaciones. Los resultados obtenidos en los otros criterios en la primera y segunda evaluación fueron: C-2: 20% y 56,7%; C-3: 91,7% y 100%; C-4: 93,3% y 93,3%; C-5: 85% y 96,7%; C-6: 75% y 91,7%; C-7: 85 y 90%; C-8: 70% y 90%; C-9: 93,3 y 95% respectivamente. Ha habido mejoras estadísticamente significativas en los criterios 2, 3,5, 6 y 8.

DISCUSIÓN:

Se han obtenido mejoras en 6 criterios tras las medidas correctoras. Se hace necesario monitorizar dicho proceso para comprobar que se mantienen los niveles de calidad alcanzados tras este trabajo.

C124.- INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UN HOSPITAL DE AREA.

LEAL-LLOPIS J, PEREZ-GARCIA MC, CRESPO-CARRION MJ, MARTINEZ-GARCIA JA, CORTES-PARRA C.

AREA DE SALUD VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Conocer la evolución de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería en el Hospital Morales Meseguer.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo. Sujetos de estudio: pacientes ingresados en unidades de hospitalización. Periodo de estudio: 2006-2010. Las variables utilizadas son: Pacientes con valoración de riesgo de ulceras por presión (UPP) al ingreso, pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso, cuidados de enfermería (CE) de prevención de UPP, prevalencia de UPP, CE en pacientes con sonda vesical, pacientes con valoración de riesgo de caídas, cuidados adecuados para la prevención de caídas, CE en pacientes con riesgo de caídas, CE en pacientes con catéter venoso central (CVC) y CE en pacientes con catéter venoso periférico (CVP). El proceso de recogida de datos lo realizaron los mandos intermedios. Para disminuir la variabilidad se realizaron sesiones formativas, se edito una guía de apoyo y se diseñaron registros unificados. El procesamiento de los datos se realizo de forma centralizada y se utilizo para el análisis de los mismos el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS:

La valoración de riesgo de UPP se evaluó en 192 pacientes cada año obteniéndose 79%, 92%, 95%, 98% y 98%. La incidencia de UPP de cada año fue de 0,5%, 6,2% 7,4%, 3,6% y 3,57%. Los CE en pacientes con riesgo de UPP tuvieron una cumplimentación del 78%, 87%, 80%, 90% y 97%. La prevalencia de UPP fue de 7,42%, 9,5%, 8,9%, 4,2% y 4,08. Los CE en paciente con de sonda vesical se evaluaron en todos los paciente y los datos de cumplimentación fueron de 37%, 62%, 53%, 32% y 45%. Se evaluaron 192 pacientes por año en la valoración del

riesgo de caídas (16%, 66%, 84%, 90% y 96%) y cuidados adecuados en prevención de caídas (98%, 96% ,98%, 98%, 100%). Los CE en pacientes con riesgo de caídas tuvieron una cumplimentación del 97%, 92%, 97%, 89%y 97,3% respectivamente. Los CE en pacientes portadores de CVC se evaluaron en todos los pacientes obteniéndose una cumplimentación del 64%, 95%, 95%, 78% y 87,3%. Los CE en pacientes portadores de CVP se evaluaron en todos los pacientes obteniéndose una cumplimentación del 57%, 73%,76%, 72% y 75%.

DISCUSIÓN:

El área de cuidados de prevención de UPP y prevención de caídas presentan una ligera mejora. Los CE a portadores de cateteres venosos están en unos niveles aceptables de calidad en los portadores de CVC y con margen de mejora en los CVP. Los cuidados a pacientes con sonda vesical, tienes un importante área de mejora.

C125.- ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR UN MÓDULO DE CUIDADOS INFORMATIZADO PARA EL REGISTRO DE PLANES DE CUIDADOS.

RIVAS-CAMPOS A, GONZALEZ-CARRION P, TORAL-LOPEZ I, MORENO-DIAZ C, ZURITA-MUÑOS A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

Presentar las estrategias para lmplementar un módulo de cuidados informatizado para el registro de los Planes de Cuidados (PC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estrategia 1 Formación de los profesionales, a través de seminarios dirigidos a enfermeras y auxiliares de enfermería, con una cobertura del 75 % . Estrategia 2 Medidas organizativas: se ha elaborado un procedimiento para garantizar enfermeras referentes a los pacientes hospitalizados, responsables de elaborar PC Estrategia 3 Diseño de un Módulo de Cuidados en la historia informatizada para registrar los PC. Está organizado según necesidades básicas de Virginia Henderson, e incluye las clasificaciones de la North American Nursing Diagnosis Assotiation (NANDA), Nursing Intervention Classification (NIC) y Nursing Outcome Classification (NOC). Facilita la continuidad de cuidados atención especializada-primaria a través del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) por email dirigido a enfermera de familia o gestora de casos. Permite la explotación de datos y la elaboración de indicadores sobre resultados de cuidados Estrategia 4 Apoyo a los profesionales con formato de tutoría clínica a través de las supervisoras de cuidados Estrategia 5 Evaluación de resultados Auditoría de una muestra de 1240 historias clínicas Se ha recogido información sobre: aspectos básicos de la valoración del paciente sobre necesidades de cuidados e informe de continuidad de cuidados.

RESULTADOS:

En el periodo 2009-2010 el 94% de las historias tienen cumplimentado el PC El 81% de las historias define un objetivo de la NOC, y un 71% tiene algún indicador de

resultado Los datos reflejan las áreas de mejora: 13% de las historias tiene identificado en el ICC aspectos básicos de la valoración del paciente y de la cuidadora al alta.

DISCUSIÓN:

Los resultados refuerzan las estrategias seguidas para conseguir el uso generalizado del módulo de cuidados por parte de los profesionales: enfermeras y auxiliares de enfermería en las unidades de encamación del hospital Igualmente identifica áreas de mejora que orientan prioridades: reforzar el juicio clínico y orientarlo a la consecución de resultados, la consideración de las cuidadoras en el PC y la información relevante que se comunica a las enfermeras de atención primaria El desarrollo de esta aplicación informática dota a los profesionales de enfermería de una herramienta que: · 1. Facilita el registro del PC · 2. Facilita el manejo de lenguajes estandarizados: NANDA, NIC, NOC · 3. Automatiza la elaboración del ICC · 4. Permite incorporar al cuaderno de mandos del hospital indicadores sobre resultados de cuidados: - Prevalencias de los problemas de cuidados más frecuentes que identifican los profesionales por áreas de hospitalización - Qué test e índices clinimétricos son usados con más frecuencia en la práctica clínica y con qué resultados · - Identificar perfiles de riesgo para problemas de seguridad de los pacientes relacionados con los cuidados: riesgo de úlceras por presión o iesgo de infección.

Sesión de Comunicaciones III

Sala 1

Tecnología

C126 – C135

C126.- DISEÑO DE INTERVENCIONES EN 3D PARA LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA.

LEÓN-MUÑOZ V, LISÓN-ALMAGRO A, BAÑÓN-GARCÍA I, GONZÁLEZ-GARRO JM.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

El objetivo primario del estudio ha consistido en evaluar la precisión de bloques de corte personalizados en la alineación del implante y el contraste con sistemas de instrumentación mecánica y cirugía asistida por navegación. A partir de las imágenes obtenidas por TC de la rodilla, cadera y tobillo del paciente, se ha diseñado la intervención en modelos 3D y mediante programas CAD y se han diseñado los bloques de corte específicos para cada paciente. La producción se realiza mediante sinterización selectiva por láser (una técnica de prototipado rápido con una poliamida de precisión en polvo).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han analizado los controles radiográficos pre y postoperatorios de 129 artroplastias sustitutivas de rodilla implantadas con 4 métodos de instrumentación: A) convencional mecánico (34,1%), B) CAS tibial + mecánico femoral (10,9%), C) CAS (39,5%) y D) bloques de corte personalizados tras diseño de la cirugía en modelos 3D (15,5%). Se han determinado los valores angulares estandarizados para la evaluación del resultado radiográfico.

RESULTADOS:

HKA preoperatorio global: 172,74º ± 6,14º, con franco predominio en el análisis de dispersión de las rodillas varas. Valores postoperatorios de HKA: A) 178,8º ± 3,97º, B) 179,14º ± 3,74º, C) 180,37º ± 2,05º y D) 180,5º ± 2,8º. Valores postoperatorios de CH: A) 89,52º ± 3,43º, B) 90,21º ± 3,04º, C) 90,94º ± 1,67º y D) 90,8º ± 2,14º. Valores postoperatorios de PA: A) 89,3º ± 2,88º, B) 89,21º ± 1,67º, C) 89,31º ± 1,1º y D) 89,7º ± 1,56º. No hemos obtenido diferencia postoperatoria estadísticamente significativa entre los diferentes sistemas empleados. Pero, al analizar la distribución de los casos con cumplimiento de

criterio de alineación adecuada, hemos obtenido los siguientes resultados: HKA 180º ± 3º: A) 68,18% cumple y 31,82% incumple, B) 57,14% cumple y 42,86% incumple, C) 88,24% cumple y 11,76% incumple y D) 90% cumple y 10% incumple.

DISCUSIÓN:

A pesar de estar en curva de aprendizaje de esta novedosa técnica, el porcentaje de alineación neutra con una tolerancia de ± 3º ha pasado del 5% preoperatoria al 90% en el postoperatorio, por lo que actualmente el diseño de la intervención en 3D es nuestra primera elección para la cirugía sustitutiva de rodilla. Además, ofrece ventajas adicionales (decremento del sangrado, ahorro de tiempo, incremento de la eficiencia en quirófano y esterilización) que deberán analizarse en profundidad, junto con el análisis coste-beneficio, para poder establecer conclusiones definitivas acerca de esta innovación tecnológica que puede reportar notables beneficios en términos de seguridad a los pacientes.

C127.- NO SIEMPRE TODOS LOS PACIENTES UROLÓGICOS CRÓNICOS MAYORES DE 65 AÑOS QUIEREN UN SEGUIMIENTO MEDIANTE TELEASISTENCIA.

ARRUZA-ECHEVARRIA A, SANCHEZ-BERNAL R, BAREZ-HERNANDEZ EM, COLLIA-POSADA AM, BAÑUELOS-IBAÑEZ JI, DEZA-CARRILLO JL.

HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA.

OBJETIVOS:

1. Beneficiarse de las utilidades que proporciona la Historia Clínica Electrónica (Osabide Global) para que los pacientes crónicos no acudían al hospital para sus revisiones de rutina 2. Potenciar las interconsultas no presenciales (e-mail, web, tv) con familiares, cuidadores o Médicos de Atención Primaria (AP)ó residencias, y asegurarse el correcto seguimiento de sus patologías crónicas 3. Disminuir la presión asistencial en consultas 4. Evitar desplazamientos innecesarios a pacientes con problemas de traslado o movilidad 5. Implicar a Enfermería en la atención y cuidado del paciente crónico con problemática como ostomías, sondajes, heridas, etc.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta a 100 pacientes y a 100, que requieran un control médico o de enfermería de las siguientes patologías: A. Control evolutivo de patología prostática, pacientes sondados a permanencia y/o evolución de PSA en el paciente anciano. B. Control evolutivo del cáncer superficial de vejiga que cumple criterios de estabilidad de la enfermedad. C. Control de patología neoplásica renal tratada o no previamente, que requiera controles periódicos de imagen y que no tenga criterios de riesgo. D. Control de litiasis renales crónicas. E. Control de patologías estabilizadas e infrecuentes, susceptibles de control por su Médico de AP ó de la residencia. En lo que respecta al control por parte de Enfermería serán problemas solucionables a distancia y con la colaboración del Médico de A.P., ó Médicos de las Residencias, como el control de urostomías, bolsas de orina, curas, sondajes permanentes y heridas post-intervención. Osabide Global y página Web del Servicio de Urología, propicia una comunicación con los

Médicos de AP para que remitan sus pacientes de Circuito Prioritario, consulten sus dudas, y sirva para canalizar las consultas de Enfermería de los Centros de Salud, con implantación paulatina de telemedicina desde el domicilio, residencias o similar, por parte del paciente, cuidadores o familiares.

RESULTADOS:

El 86% de los encuestados no dispone de Internet o no sabe usarlo. El grado de confianza en el nuevo circuito es en el 11% de los encuestados malo, en el 39% regular, y en el 49% bueno. En cuanto a si los familiares y pacientes aceptan al Médico de Primaria como transmisor, el 78% dijo que sí, y el 22% que no.

DISCUSIÓN:

Los pacientes prefieren evitar traslados y molestias a la familia por encima de todo, y el desconocimiento o falta de uso de Internet crea desconfianza en la teleasistencia. Por otro lado, la inmensa mayoría de los mayores de 65 años son incapaces de acogerse a este plan, y si se impone lo aceptarían, pero su frase preferida es "nos gusta el sistema actual". El nuevo plan requiere tiempo y una intensiva difusión/concienciación en los próximos 10 años. Lo aceptarán los pacientes que tienen entre 55-65 años. Por último parece razonable que el interlocutor informático entre paciente y especialista sea únicamente el Médico de AP ó de las Residencia.

C128.- LAS TIC: UNA HERRAMIENTA DE MEJORA DEL REGISTRO DEL SUPERVISOR DE GUARDIA.

CORBALÁN-DÓLERA C, MEGÍAS-GARCÍA J, TERÓN-MARTÍNEZ MJ, MUÑOZ-NAVARRETE A, CULIAÑEZ-ALENDA M, RUANO-RÍOS ML.

H.G.U. REINA SOFÍA. ÁREA VII MURCIA- ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

El libro de Registro del supervisor de guardia de enfermería es una herramienta que permite recoger las incidencias y actuaciones surgidas durante la guardia. El Supervisor de guardia es una figura imprescindible para la continuidad en la gestión del funcionamiento de las Unidades, del personal a ellas adscrito, así como garante de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales. Ejerce sus funciones en los turnos en que no está presente en el Centro la Dirección de enfermería. Necesita información suficiente que ayude a implantar aquellas medidas que considere necesarias para asegurar la calidad de los cuidados. Objetivos: •Diseñar un sistema de comunicación en soporte electrónico para el intercambio de información entre los mandos intermedios, supervisores de guardia y dirección de enfermería •Facilitar la gestión de recursos humanos y materiales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Situación de partida: libro en soporte papel, ubicado en distintos lugares según situación de la guardia, dificultad en la lectura, registro desestructurado, no llega la información al resto de supervisores, los supervisores de las unidades no tienen suficientemente accesible el libro para dar información al supervisor de guardia. Creación de un grupo de mejora multiprofesional liderado por la Supervisora de Área de Recursos Humanos, metodología para diseño lluvia de ideas, agrupación por afinidad. Diseño de un registro informático en la intranet del hospital: Acceso restringido Pantalla inicial de registro y visualización: nº de incidencia, fecha-hora, categoría, subcategoría, texto libre incidencia. Parametrización del registro mediante combos de multiselección: unidad, categoría (traslados, recursos humanos, mantenimiento, farmacia, recursos materiales, otros), subcategorías.

Listado del libro, permite consulta e impresión por intervalos de tiempo. Sesión formativa para su manejo, pilotaje. Implantación: enero 2011.

RESULTADOS:

Disponibilidad de un registro ágil de cumplimentar y consultar, con información estructurada en categorías y legible. Registro accesible a todos los supervisores de todas las unidades, tanto para consulta de incidencias como para comunicar relevo al supervisor de guardia. Histórico de incidencias que permite analizar los hechos más frecuentes a lo largo del tiempo.

DISCUSIÓN:

El cambio de sistema de registro ha supuesto una mejora en la comunicación entre supervisores, siendo valorado como muy positivo. El supervisor de guardia dispone de una herramienta que le permite obtener la información necesaria para gestionar de una forma eficaz tanto los recursos humanos como materiales para garantizar la calidad de los cuidados.

C129.- ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

LÓPEZ-SANTIAGO A, FERNANDEZ-DEL RIO MP, DELSORS-MERIDA-NICOLICH E, VIVO-MOLINA MC, RUIZ-MARÍN M, GARCÍA-CÓRDOBA JA.

CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO. MURCIA.

OBJETIVOS:

La faringitis aguda o faringoamigdalitis es uno de los síntomas más frecuentes en atención primaria. El tratamiento antibiótico se recomienda si el microorganismo causante es el estreptococo betahemolitico del grupo A. La combinación de los criterios clínicos Centor con el TDAR (test de diagnostico rápido) representa una alternativa para el diagnostico y la decisión de tratamiento antibiótico. España es uno de los países que mayor prescripción de antibiótico realiza, y el tipo de antibiótico prescrito no se suele ajustar a las recomendaciones de las guías clínicas. Objetivo principal: Identificar si la implantación de una guía clínica sobre el tratamiento de faringoamigdalitis en atención primaria mejora la adecuación antibiótica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, no randomizado, antes y después, multicentrico (centros de atención primaria). Los médicos que participaron en el estudio registraron los pacientes diagnosticados de faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis de cualquier edad que acudieron a la consulta de atención primaria durante 15 días. Posteriormente un grupo control de médicos recibieron formación en el uso del TDAR y un grupo intervención de médicos además recibieron formación en guías de práctica clínica sobre el tratamiento antibiótico. La recogida de datos se realizo en el 2009. Para el análisis de los datos se realizaron contrastes de proporciones y regresión logística cuya variable dependiente fue la prescripción o no de antibióticos. Los análisis se realizaron con SPSS.18.

RESULTADOS:

Participaron un total de 123 médicos, 72 en el grupo control y 51 en el de intervención. Se registraron un total

de 4454 pacientes diagnosticados de faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis. La prescripción de antibióticos se redujo significativamente en ambos grupos, en el grupo control de 46,2% a 30,6% $p<0.05$, IC del 95% (0.115, 0.195) y en el de intervención de 43% a 31.2% $p<0.05$, IC del 95% (0.07, 0.164).

Con respecto a la adecuación en el tratamiento antibiótico en el grupo control no se encontraron diferencias estadisticamente significativas en la prescripción de Penicilina V (3.2% vs 4.7%), Amoxicilina, Amoxicilina Clavulánico,Macrólidos ni Quinolonas. Mientras que la prescripción Cefalosporinas (10.9% vs 2.4%) fue significativamente menor ($p<0.05$).

En cambio, en el grupo intervención la prescripción de Penicilina V fue significativamente mayor después de la acción formativa (4.7% a 25.5% $p <0.05$, IC95% (-0.27, -0.145), al igual que la prescripción de Amoxicilina (21,9% a 33.7% $p=0.01$ IC 95%(-0.193, -0.04)), Amoxicilina clavulánico (39.5% vs 26,9%, $p=0.02$ IC 95% (0.049, 0.202)) y Macrólidos (24.2% vs 8.2% $p<0.05$ IC95%(0.105-0.215)). Mientras que no se encontraron diferencias en la prescripción de Cefalosporina (8% vs 4.8%).

DISCUSIÓN:

Las acciones formativas para la implantación de guías de práctica clínica sobre el tratamiento antibiótico en atención primaria resultaron eficaces, adecuándose el tipo de antibiótico recomendado para esta patología.

C130.- WWW.HGUCR.ES, UNA WEB PARA TODOS.

LAGOS-PANTOJA E, FLORES-SANCHEZ L, SANCHEZ-GONZALEZ P, ARROYO-GARCIA ML, FIGUERAS-JUAREZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CIUDAD REAL.

OBJETIVOS:

- El principal objetivo que se planteó con el lanzamiento de esta nueva web del hospital, es que fuera desarrollada por los propios profesionales del hospital, conocedores natos del centro y de la actividad que en él se desarrolla. - Convertir la página WEB en un portal dinámico de información, comunicación y difusión de la actividad del HGUCR. Se trata de transmitir quienes somos, cómo nos organizamos, qué servicios ofrecemos y qué resultados obtenemos. - Se establecerá un canal de comunicación con las personas, bien sean pacientes, familiares, profesionales o futuros profesionales, es decir, destinado a la sociedad en general.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se crearon dos grupos de trabajo, uno Estratégico, encargado de la toma de decisiones, y uno Operativo que se encargaría de estructurar los contenidos. Este grupo a su vez se dividió en varios subgrupos asignándoles tareas concretas. Se creó un subgrupo para cada apartado principal de la página: 1. Hospital 2. Áreas 3. Ciudadanía 4. Profesionales 5. Docencia 6. Investigación 7. Proveedores Dentro del grupo Operativo se creó el grupo dinamizador que sería el encargado de ayudar al resto de grupos a conseguir sus objetivos. En este grupo dinamizador están representados todos los profesionales del hospital a través de un miembro de la dirección médica, dirección de enfermería, personal no asistencial, unidad de calidad y servicio de informática. Asimismo el grupo dinamizador es el encargado de contactar con los servicios tanto asistenciales como no asistenciales para el desarrollo de contenidos de cada servicio. Para hacer partícipe de esta iniciativa a todos los profesionales del centro, se publicaron varias noticias en el portal del empleado, canal de comunicación interno para profesionales, invitándoles a su participación en el

desarrollo de la web a través del envío de contenidos que creyeran de relevancia o interés tanto para profesionales como para ciudadanos. Se ha estructurado el desarrollo de la web en dos fases, una inicial para el desarrollo del contenido institucional y de los servicios y una segunda fase en la que se desarrollará la parte interactiva de la web, siempre con la intención de que la web esté en continua actualización.

RESULTADOS:

Como resultado hemos obtenido una nueva web del hospital creada por sus profesionales y estructurada en roles para que cualquier persona que acceda a la web se sienta identificada, ya sea un paciente, ciudadano, profesional, estudiante, residente o proveedor.

DISCUSIÓN:

El área de ciudadanía adquiere especial relevancia al incluirse en ella información de interés para los ciudadanos no solo en cuanto a accesos y localización como es frecuente, sino que se incluye documentos de información para pacientes ante determinadas patologías, información sobre trámites administrativos, asociaciones de pacientes, foros de pacientes, etc. En una segunda fase de desarrollo de la web se creará un buzón de sugerencias online, blogs interactivos tanto para profesionales como para pacientes.

C131.- DEL PAPEL AL BYTE. HISTORIA DE UN ÉXITO.

SABARTÉS-FORTUNY R, BERNAT-MARTINEZ-HIDALGO R, LOPEZ-MATEO FX, RODRIGUEZ-GARCIA I, ARBUSÀ-CUSI I.

SALUD DE LA MUJER DEXEUS. BARCELONA.

OBJETIVOS:

En el año 2010 en el contexto de un proyecto global de conseguir un entorno electrónico en todo el proceso asistencial se decide realizar la implantación de la Historia Clínica Electrónica. En una primera fase se constituye un Comité Técnico para su desarrollo y testeo. El objetivo es realizar la implantación de la Historia Clínica Electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proyecto se inicia con la constitución de un Comité Técnico. Durante los 3 años previos se integran procesos, pruebas, documentos y se crean nuevos aplicativos y nuevos sistemas de control de pruebas diagnósticas y altas hospitalarias.Las fases para el desarrollo de la HCE son: análisis, diseño, prototipo, pruebas y validación, programación de una primera versión. Entregada la primera versión, se procede a la creación de un Comité de Test con usuarios, para la valoración de su experiencia y resolución de las incidencias detectadas. Seguidamente se realiza un special training para los líderes asistenciales del proyecto. Posteriormente se crea la Comisión de Implantación con representantes de todas las áreas afectadas. Sus funciones son: analizar circuitos, valorar el impacto, aportar soluciones estratégicas, formar a los usuarios, informar e implantar. Se crean cinco grupos de trabajo: organización del trabajo asistencial, circuito asistencial, soporte, organización del trabajo no asistencial y formación. Se definen unos acuerdos de mínimos y se presenta el calendario final. La implantación se inicia con un equipo piloto previamente formado. Paralelamente se procede a la formación de todo el personal a nivel de versión y circuitos. El 14 de junio de 2010 se realiza la implantación final. Posteriormente se han publicado nueve versiones de HCE para introducir mejoras y resolver las incidencias detectadas.

RESULTADOS:

El Timing de implantación ha sido de 1,5 años para la fase de análisis del entorno y adecuación. La implantación de la HCE se realizó en 6 meses. El resultado ha sido una HCE intuitiva, amigable y de fácil uso. El uso en este primer año se traduce en 173.047 pruebas y documentos en soporte electrónico, 104.988 plantillas de visita, 48.346 recetas electrónicas, 164.417 peticiones de pruebas diagnósticas, más de 82.000 historias digitalizadas y más de 61.830 teléfonos y notas.

DISCUSIÓN:

Las fases de un proyecto de implantación incluyen: un análisis de la organización, del entorno y de los recursos disponibles, adecuar las infraestructuras del centro, la integración de pruebas y documentos, el análisis de los circuitos, la gestión de roles y de los usuarios implicados, la formación, el soporte antes, durante y después de la implantación, la disponibilidad de planes de contingencia y la posterior explotación de datos. Es necesario que la historia esté centrada en el usuario, el uso de estándares, la trazabilidad y la confidencialidad. Es clave del éxito la implicación de toda la organización, involucrar los profesionales asistenciales, realizar pruebas piloto, una formación obligada y el uso de estandares.

C132.- TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES (TICS) EN LA EDUCACIÓN E INFORMACIÓN DE USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD (CS).

TORRES-CLEMENTE E, LUEZA-LAMPURLANES C, CLEMENTE-ROLDÁN E, ALTEMIR-CAMPO L, VALLÉS-TORRES E, BAILAC-COSTA J.

C.S. BINÉFAR. BARBASTRO.

OBJETIVOS:

La educación sanitaria está influenciada por los medios de comunicación. Contribuyen al aumento de la demanda por no-enfermedades (menopausia, celulitis), pérdida de autocuidados, medicalización; esto condiciona la toma de decisiones al profesional sanitario. Por otra parte, desde el ámbito sanitario se incide poco en la importancia de los hábitos de vida saludables. Todo ello contribuye a una pérdida del enfoque de prevención y promoción de la salud desaprovechando oportunidades para dar información y educación sanitaria. OBJETIVOS: Mejorar la educación e información sanitaria de los usuarios del CS mediante TICS, impulsar la imagen del CS como referente de prevención y promoción de la salud, mejorar la confortabilidad de las salas de espera y rentabilizar el tiempo de espera, implicar a los profesionales en temas de educación sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se propusieron temas mediante “tormenta de ideas” en el EAP y se priorizaron mediante técnicas de grupo nominal. Creación de un grupo de trabajo para la búsqueda y elaboración de los contenidos basados en evidencias. En los últimos años se han proyectado audiovisuales en la sala de espera de deshabituación tabáquica, vacunación de gripe, educación sanitaria a pacientes EPOC, lavado de manos, prevención cáncer de piel. Se han elaborado dos tipos de encuestas, una para profesionales y otra para pacientes con 4 preguntas cerradas (Sí/No). Los resultados de la encuesta se han analizado mediante frecuencias (%). El estudio se ha completado observando variación de coberturas en programas de tabaco, EPOC y vacunación antigripal para ver el impacto de la información recibida.

RESULTADOS:

Se pasaron 22 encuestas de satisfacción profesionales: -¿Te parece útil informar a los pacientes con proyección de audiovisuales en el CS? 81,8% Sí -¿Te parecen adecuados los contenidos del tabaco? 72,3% Si -Contenidos vacunaciòn antigripal? el 77,3% Si -¿Te parece adecuada la ubicación de la pantalla? 68,2% SI En 2010 se entrevistó telefónicamente a 50 pacientes, 69% no respondió, 7% estaba satisfecho y 24% no se percató de los audiovisuales. En 2011 se cambio metodología de la encuesta, muestra de pacientes (50) en la sala de espera: Respondio el 80% ¿Le parece útil la información? Sí 80,0% ¿Lo ha entendido? Sí 83,3% ¿Le ha interesado? Sí 83,3% ¿Le parece más confortable el CS? Sí 70,0% Evolución de las coberturas: La cobertura EPOC ha aumentado; 7,7% (2008); 11,3% (2009) y 26,3% (2010). En deshabituación tabáquica, en el año 2010 ha aumentado al 22,1% respecto al 2009 (14%). Vacunación gripe estacional(>65 años): 54% (2008), 74% (2009) y 76,8% (2010).

DISCUSIÓN:

La cobertura en cartera de servicios ha mejorado en los últimos años en los servicios relacionados con la intervención. Es posible que estas actividades se relacionen con mejores resultados en salud. Profesionales y usuarios valoran adecuadamente las actividades que se han llevado a cabo en el CS. Parece adecuado continuar promocionando con TICs hábitos de vida saludables.

C133.- NUESTRA VISIÓN ACTUAL DE SELENE: ¿ESTAMOS BUSCANDO LA LUNA EN UN POZO?.

CONTESSOTTO-SPADETTO C, SÁNCHEZ-SERRANO A, ALONSO-PARDO JM, CASTEJÓN-PINA N, EGEA-ROMERO MD, SAURA-PIZARRO MD.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

OBJETIVOS:

1) Analizar la visión actual del profesional sanitario medio acerca del aplicativo Selene, el principal soporte informático de nuestro hospital. 2) Impulsar la reflexión, detectar fallos, identificar necesidades, encauzar inquietudes y formular propuestas comunes para un mejor diseño de los formularios de los documentos clínicos electrónicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Reunión de consenso de un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios con conocimientos básicos de los sistemas de información y obligados a una rápida adaptación a esta nueva tecnología. Se efectúa un análisis DAFO del grado de desarrollo y funcionamiento de Selene a los 2 años de su implantación en el centro.

RESULTADOS:

DEBILIDADES: ausencia de coordinación, indefinición de objetivos, desconocimiento de los sistemas, falta de interoperabilidad de los distintos aplicativos, fragmentación de la información. AMENAZAS: recortes económicos, proliferación de formularios, plétora de documentos no relevantes archivados, incremento exagerado de las exigencias y expectativas del usuario. FORTALEZAS: calidad de los datos, potencial funcional del soporte informático, reto atractivo para los profesionales, dotación amplia de redes y material. OPORTUNIDADES: apertura del nuevo hospital, nueva relación con el paciente, mejor control y eficacia del gasto, modelo proactivo susceptible de mejora.

DISCUSIÓN:

Tras un periodo de casi 2 años de aprendizaje e introducción paulatina de nuevas herramientas

informáticas orientadas a relevar los soportes tradicionales de la documentación clínica sanitaria, hace 2 meses nuestra Organización aterrizó en un nuevo y moderno "hospital sin papeles". Al margen de los inevitables problemas iniciales de adaptación a las nuevas estructuras y dimensiones del centro, la sensación la mayoría de profesionales es que..."se han perdido los papeles", al menos en lo referente a algunos aspectos de la gestión de la historia clínica electrónica. Formularios de hospitalización tan extensos que incluyen hasta 294 campos (de los cuales nunca se han rellenados más de 28 en una muestra de documentos revisados), necesidad de corregir el contenido de la mayoría de apartados tras su volcado a informe, repetición infinita de tomas de datos sin poder obtener una visión de conjunto de los mismos, laberintos de pantallas - iconos - formularios diferentes improvisados por cada usuario, continuos cambios sobre cambios y un largo etcétera de inconvenientes: todo eso origina confusión, frustración y pérdida de tiempo. La principal ventaja de la elección por parte de la autoridad sanitaria de un modelo dinámico en lugar de un formato prefijado, es su flexibilidad y la posibilidad de adaptarse mejor a las necesidades peculiares de cada institución y unidad. Pero todo eso en el contexto de un procedimiento coordinado y consensuado por grupos de trabajo formados ad hoc, que elaboren documentos lo más posible uniformes, estandarizados y funcionales.

C134.- DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS.

RUBIO-CEBRIÁN B, RECIO-DÍEZ F, ESCALERA-ALONSO C, FABERO-JIMÉNEZ A, VINUESA-SEBASTIÁN M, PÉREZ-DÍAZ C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MADRID.

OBJETIVOS:

El objetivo de la conciliación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios, considerando los que tomaban previamente. Dado que hasta el momento no existe una aplicación informática estandarizada para el registro de dicha actividad, se desarrolla e implementa un sistema de información con el objetivo principal de mejorar el proceso de conciliación farmacoterapéutica mediante un adecuado registro, seguimiento de las intervenciones realizadas y extracción de indicadores, cuyo análisis permitirá conocer la calidad de la prescripción y del proceso de conciliación y poder comparar entre los diferentes hospitales que realizan esta actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proceso de conciliación farmacoterapéutica consiste en obtener el listado completo de la medicación previa del paciente y compararlo con la medicación prescrita en el hospital para resolver las discrepancias encontradas. Lo realiza el servicio de Farmacia por medio de un procedimiento normalizado de trabajo. El farmacéutico responsable del área de Conciliación, para conocer la medicación crónica de los pacientes ingresados, cuenta con varias fuentes de información: orden médica, historia clínica y entrevista con el paciente y/o familiares. Cualquier discrepancia que requiera aclaración por parte del médico prescriptor, se le notifica y una vez resuelta es registrada. Para ello, se plantea el diseño de una nueva aplicación informática que permita el registro de todos los datos necesarios, consultas y obtención de estadísticas relacionadas con la conciliación.

RESULTADOS:

Se desarrolla un sistema de información que integra datos de interés de distintas fuentes (datos demográficos del paciente, información clínica sobre diagnóstico de ingreso, comorbilidades, alergias, proceso asistencial, número de patologías y fármacos) y en el que se registra información de interés del proceso de conciliación (discrepancias generadas y gravedad, tipos de intervenciones y problemas relacionados con la medicación, medicación habitual del paciente, medicación prescrita en el ingreso y al alta, aceptación de las intervenciones).

DISCUSIÓN:

Se ha desarrollado una nueva aplicación informática considerando los requisitos funcionales exigidos para sistematizar y agilizar el proceso de registro, aumentar la fiabilidad de los datos para la extracción de los indicadores pertinentes y poder realizar comparaciones válidas para conocer la situación de la conciliación. El desarrollo de esta nueva aplicación, ha sido determinante no sólo para realizar la conciliación, sino para que este proceso pueda abarcar a todos los pacientes previstos y por tanto es una herramienta de mejora en la calidad asistencial y sobre todo, de la seguridad del paciente.

C135.- DOCUMENTACION CLINICA: ¿PARA QUÉ LA QUIEREN NUESTROS PACIENTES?.

GARCIA-SANCHEZ FJ, CHECA-AMARO ML, LORENZO-MARTINEZ S, ZAZO-CARRETERO FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. ALCORCON.

OBJETIVOS:

Conocer la evolución del número de solicitudes de documentación clínica realizada por los pacientes en nuestro centro, valorar la adecuación del registro de documentación clínica de la Unidad de Atención al Usuario (UAU). Identificar el tipo de documentación solicitada y la finalidad de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de las solicitudes realizadas por los pacientes a la UAU de nuestro Hospital. Ámbito: Hospital público con 448 camas, sin centro de especialidades. Periodo de estudio 2006-2010. Fuente de información: las hojas de solicitud realizadas por los pacientes y el registro informático de recogida de información de la UAU. Previo al análisis de la documentación se establecieron los criterios para identificar de forma agrupada los documentos solicitados y los motivos de solicitud. La revisión la realizaron un médico y una enfermera de forma conjunta a través de la historia clínica electrónica (HCE) en marzo de 2011.

RESULTADOS:

El número de solicitudes ha aumentado de 1.056 en 2006 a 2.522 en 2010 (139%). En el análisis posterior realizado entre 2008 y 2010, sobre la documentación solicitada y sus motivos, se ha observado 39,13% de la documentación solicitada corresponde a pruebas, en su mayoría de imagen. En el 28,16 % de los casos la documentación solicitada eran informes de asistencia y, en el 14,68% fue la historia clínica completa de un servicio concreto, mientras que el 10% solicitaba la historia clínica completa. En cuanto a motivos de solicitud el 18,26 % lo solicitaban para acudir a otro Centro o especialista y el 14,78% para su medico de atención primaria (AP). La solicitud para una 2ª opinión e incapacidades coinciden en

el 11,74%, mientras que 9,57% de las solicitudes sean para tenerla en su poder. Por ultimo, los episodios del servicio mas demandado fue Traumatología, mientras que en pruebas se trataba de Diagnostico por Imagen.

DISCUSIÓN:

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica reconoce el derecho del paciente al acceso a la historia clínica y de conservación de los datos de la misma. Sin embargo, dicho derecho debiera estar ajustado a necesidades reales, y al formato electrónico en caso de ser disponible. En el caso del hospital casi la cuarta parte de las solicitudes piden la HC completa, la solicitud parece ajustarse más a una conservación por el paciente de la misma que al acceso a la información para segunda opinión (11,7%). La integración entre niveles asistenciales a través de programas informáticos seguramente incidirá en la disminución del número de solicitudes –para entregarlas al médico de AP. A la vista de los resultados nos planteamos la posibilidad de entregar las HC completas en soporte electrónico. Así mismo nos proponemos incorporar al registro informático los motivos de solicitud de documentación clínica, para su monitorización mensual.

Sesión de Comunicaciones III

Sala 2

Evaluación II

C136 – C147

C136.- AUMENTAR LA CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL DE DIA, UN COMPROMISO CON NUESTRA SOCIEDAD.

MORENO-DE LA HIDALGA M, ALIJA-LOPEZ V, PEREZ-PALOMARES C, REVUELTA-ARROYO R, BOO-PUENTE M, CORTABITARTE-CRUZ J.

HOSPITAL SIERRALLANA. TORRELAVEGA.

OBJETIVOS:

Analizar la adecuación del Hospital de Día Medico (en recursos humanos, protocolos, conocimientos, formación, cuidados enfermeros y seguridad) al incremento de actividad entre los años 2006 – 2010, secundario a la incorporación del servicio de Oncología y Paliativos, y al auge de tratamientos de especialidades como reumatología, hematología y neurología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ubicación: Hospital de día médico Periodo de estudio: 2006 al 2010. Se recogieron los siguientes indicadores: Indicadores de estructura: • Dotación de recursos humanos y materiales. • Planes de formación continuada. Indicadores de proceso: • Número y especificación de procedimientos protocolizados. • Porcentaje de procedimientos realizados según protocolo. Indicadores de resultado: • Tasa de reacciones transfusionales. • Comparativa de tratamientos administrados entre 2006-2010. Se comparó la adecuación de recursos materiales y humanos del Hospital de Dia Medico, versus las recomendaciones dadas por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Oncología Médica.

RESULTADOS:

Indicadores de estructura Los recursos humanos y materiales es ajustan, en un 85%, a las recomendaciones dadas por organismos competentes. Los planes de formación son adecuados para el personal adscrito al hospital de día, mediante jornadas formativas semanales. Además existe un plan de acogida al hospital y a la unidad para profesionales de nueva incorporación, que se cumple en un 100%. Indicadores de proceso Los protocolos, procedimientos y planes de cuidados son revisados y actualizados periódicamente en un 100% de los casos,

siendo alto el grado de cumplimiento de los mismos, tanto en los determinados por el SCS, como los propios de la unidad.(datos 2010) • Grado de cumplimiento de protocolo actuación citostáticos: 100% • Grado de cumplimiento de protocolo actuación extravasaciones: 100% • Grado cumplimiento protocolo higiene de manos: 53.56% • Grado de cumplimiento de protocolo identificación de pacientes: 91.17% • Complicaciones asociadas a catéteres vasculares: 5.7% • Grado cumplimiento protocolo dolor: 91.34% Indicadores de resultado: • La tasa de reacciones transfusionales fue del 0% en el 2010, de un total de 709 transfusiones. • El aumento de actividad alcanzado en tratamientos generales entre los años 2006-2010 ha sido del 171.1% , y el aumento correspondiente a los tratamientos onco-hematológicos de un 267,1%. • El proceso de prescripción de los tratamientos está informatizado, y los procesos asociados a la prescripción, preparación y aplicación de los tratamientos están estandarizados.

DISCUSIÓN:

¿Podríamos ambulatorizar más tratamientos en el Hospital de Día Médico? Una pregunta con grandes implicaciones para nuestra práctica clínica diaria y para el conjunto de la sociedad a la que prestamos nuestros servicios.

C137.- CALIDAD Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS.

MONRROY-LÓPEZ F, CALDERÓN-MEZA JM, BARRASA-VILLAR JI, CASTÁN-RUIZ S, LÓPEZ-IBORT N, RODRIGUEZ-COGOLLO R.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Determinar la calidad y el grado de cumplimiento del consentimiento informado escrito en los servicios quirúrgicos de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, anidado dentro de un estudio más amplio diseñado para medir la "Incidencia de Complicaciones Postquirúrgicas", en el que se revisó el grado de cumplimiento de CI escrito en una muestra de 326 historias clínicas (HC) de pacientes mayores de 14 años intervenidos con hospitalización en 2009. Como criterios de calidad del CI escrito se establecieron 1) que el documento fuera oficial y validado por el hospital; 2) que incluyera identificación y firma del médico y 3) lo mismo del paciente. Si cumplía con estos criterios se consideraba como CI Ideal.

RESULTADOS:

De las 326 historias clínicas revisadas, en el 88,3% [IC95%: 84,8-91,7] había un documento de CI. La proporción del CI en cirugías programadas fue del 88% [IC95%:84,3-91,7] y en cirugías urgentes del 90% [IC95%:86,3-93,7]. Había ligeras diferencias por servicios, siendo Traumatología (96,8 %) y Obstetricia (96,3%) donde existía en mayor proporción, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) ni por el tipo de cirugía, tipo de anestesia, motivo de alta, ni servicio. El 81 % de los documentos de CI utilizados eran los oficiales y estaban validados por el centro aunque aquí si que había una diferencia significativa por servicios identificándose varios de ellos que usaban mayoritariamente los correspondientes de sus sociedades científicas en lugar de los del centro. Por otro lado, 99% de los CI estaban firmados por el médico y en casi la totalidad

por los pacientes. Tenidos en cuenta todos los criterios de calidad al mismo tiempo, el grado de cumplimiento del denominado "CI ideal" alcanzó un 70,6%, [IC95%: 65,7-75,5] respecto al total de historias clínicas revisadas. Había diferencias significativas por servicios, destacando Traumatología (87,1%) y Otorrinolaringología (87,0%) como los de mayor grado de cumplimiento.

DISCUSIÓN:

De acuerdo con los resultados de este estudio, dicha práctica de obtención de CI escrito esta documentada en la historia clínica en el 88,3% de las cirugías con hospitalización, quedando por tanto un margen de mejora superior al 10%. El tipo de intervención (programada/urgente) no parece ser un factor decisivo a la hora de determinar la obtención del CI escrito, pues a la vista de los resultados de este estudio el grado de cumplimiento en las intervenciones urgentes es, incluso, ligeramente mayor (90%). No obstante, el objetivo debe ser mejorar el CI Ideal pues lleva implícito al menos tres criterios de calidad 1) que el documento utilizado sea el institucional –como reflejo de la corrección e idoneidad del soporte informativo utilizado- 2) que exista la firma del médico –como reflejo de su participación en el proceso de información- y 3) que exista la firma del paciente –como expresión manifiesta de su consentimiento y, en nuestro caso, el margen de mejora aquí es bastante mayor.

C138.- AUDITORÍA CLÍNICA REGIONAL EN PACIENTES CON EPOC EXACERBADA.

SÁNCHEZ-NIETO JM, CARRILLO-ALCARAZ A, BERNABEU-MORA R, BERLINCHES-ACÍN P, MALIA-LÓPEZ D, MÉNDEZ-MARTÍNEZ P.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Describir tipo de atención médica proporcionada en la CCAA Región de Murcia, a pacientes que se hospitalizan con diagnóstico de exacerbación EPOC (e-EPOC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional transversal, reclutamiento prospectivo casos, base hospitalaria (inclusión voluntaria) y seguimiento extra hospitalario 3 meses. Información naturaleza histórica para datos clínicos y concurrente datos evolución y recursos hospitalarios. Cuatro hospitales públicos CCAA Región de Murcia: Hospitales Virgen Rosell, Los Arcos, Reina Sofía y Morales Meseguer. Variables en 4 grupos: 1) recursos y organización 2) prácticas clínicas, 3) proceso 4) Desenlaces. Criterios Inclusión (al menos uno): Ingresado por EPOC 2. Ingresado por patología respiratoria: infección respiratoria sin infiltrado ni derrame (O) insuficiencia respiratoria (O) Insuficiencia cardiaca derecha (O) Bronquitis (O) Broncoespasmo (Y) diagnósico histórico EPOC (O) FEV1/FVC 0,70. Sistema información WEB para recogida online de datos, con medidas cautelares para disminuir errores edición, Windows 2003 y Server 2003. Investigadores locales responsables seguridad y confidencialidad. Base de datos disociada y encriptada. Aprobación comités éticos hospitales.

RESULTADOS:

Se incluyen 146 pacientes, edad: 73±8, 37 fumadores (25,3%), 2.4 ± 1.9 ingresos por paciente (último año), 2.9 ± 2.8 atenciones urgencias. Índice Charlson: 2.8±1.6 (hospital A), 3.5±2.1 (hospital B), 2.3±1.7 (hospital C), 3±2.3 (hospital D); p=0.025. Lugar de ingreso en neumología vs MI: 11/88% (hospital A), 31/69% (hospital B), 47/52% (hospital C), 19/80 (hospital D); p= 0.014. Servicio responsable neumología vs otro: 55/44% (hospital A), 31/69% (hospital B), 61/38% (hospital C), 19/80%

(hospital D); p= 0.001. ph < 7,35 (ingreso): 16.7% (hospital A), 29.3% (hospital B), 36.4% (hospital C), 15.4% (hospital E); p= 0.186. Al alta: 84 (60,7%) recibieron oxígeno domiciliario y 20 (14.9%) ventilación mecánica; Intervención antitabaco 18 (13%), adiestramiento inhaladores: 8 (5,8%). Variables de resultado: Estancia media: 11.8 ± 8.7 (hospital A), 8± 6.1 (hospital B), 11, 8±8.9 (hospital C), 13± 10.3; p= 0.022. Muerte hospitalaria: 2 (11.1%) hospital A, 2 (3.4%) hospital B, 2 (4.5%) hospital C, 2 (7.7 %) hospital D; p= 0.597. Reingreso a 90 días: 3 (18.8%) hospital A, 18 (32.1%) hospital B, 23 (54.8%) hospital C, 13 (54.2%) hospital D; p=0.018%. Mortalidad a 90 días: 1 (6.3%) hospital A, 4 (7.1%) hospital B, 10 (23.8%) hospital C, 2 (8.3%) hospital D; p=0.060.

DISCUSIÓN:

1ª La EPOC exacerbada presenta diferente comorbilidad. 2ª Variabilidad significativa en servicios responsables y lugar de ingreso. 3ª Existen importantes diferencias en la estancia media hospitalaria. 4ª La mortalidad a 90 días muestra tendencia a diferencias significativas entre los cuatro hospitales.

C139.- INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL: PROYECTO ICARO.

BOTELLA-TRELIS J, TENLLADO-DOBLAS P, MERINO-PLAZA MJ, BAUSÁ-LLAMAZARES E, GARCIA-GASCÓ P, ROCA-CASTELLÓ MR.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

Utilizar la calidad como herramienta en la gestión implica el uso de un conjunto de procesos estandarizados en los que participa todo el personal, ya que la calidad engloba todas las actividades de la organización Los objetivos de este proyecto son: -Estandarizar la forma de trabajar y la recogida de datos -Incrementar la seguridad del paciente -Mejorar la Comunicación entre los distintos estamentos -Facilitar la toma de decisiones en base a datos objetivos -Facilitar el seguimiento de los indicadores definidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para abordar de forma sistemática y fiable la recogida de datos y la detección de problemas y oportunidades de mejora, se ha diseñado una base de datos para recoger la información relacionada con la atención al paciente ICARO es el acrónimo de Indicadores de Calidad Asistencial, Registro Ordinario, y se trata de una base de datos que recoge información relacionada con las Escalas de Valoración del Paciente, la Valoración del Riesgo Nutricional, los temas relacionados con la Seguridad del Paciente, datos relacionados con la Infección Nosocomial en nuestro centro, y otros ítems que permiten estandarizar la forma de trabajar de los distintos profesionales ICARO, permite también que la información relacionada con el paciente esté accesible para todos los profesionales que necesiten consultarla y ayuda a elaborar indicadores a partir de la información extraída de la base de datos. Estos indicadores permiten tomar decisiones correctas en relación a los procesos que se están gestionando, y mejorar así la calidad de la asistencia prestada a nuestros pacientes.

RESULTADOS:

ICARO consta de los siguientes apartados: 1.Datos de filiación 2.Conexión al sistema IRIS (diagnósticos)

3.VALORACIÓN INTEGRAL, la cual recoge funcionalidad física (Índice de Barthel), cognitiva (Test de Pfeiffer y Mini Mental), social (escala de Gijón), nutricional (índice CONUT e IMC), integridad cutánea (índice de Braden y presencia de úlceras por presión al ingreso y al alta) 4.Notificación de voluntades anticipadas, presencia de pulsera de identificación del paciente, realización del plan de acogida al paciente y a familiares 5.Aparición de infecciones nosocomiales a lo largo del ingreso 6.Criterios de paciente pluripatológico 7.Aspectos relacionados con la seguridad del paciente (caídas, restricciones físicas, reacciones adversas a medicamentos).

DISCUSIÓN:

1.Disponer de información es fundamental para poder evaluar los resultados de las organizaciones 2.La estandarización en la recogida de dicha información es imprescindible 3.Es preciso disponer de una herramienta que nos permita recoger la información de modo sistemático 4.La implementación de toda herramienta nueva suele encontrar resistencia por parte de los profesionales, sobre todo cuando se trabaja en equipo 5.El apoyo de los líderes tanto de gestión como clínicos está siendo decisivo en la puesta en marcha de la herramienta 6.El proyecto se encuentra en fase de aceptación por parte de los profesionales de los distintos estamentos.

C140.- CALIDAD DE VIDA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES A TRAVÉS DE UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE MARCHA Y ALIMENTACIÓN.

MANRESA-LISON L, SAEZ-ROLDAN E, SALMERON-CIFUENTES S.

RESIDENCIA DE MAYORES EL JARDIN. HIGUERUELA (ALBACETE).

OBJETIVOS:

Objetivo general: conocer la calidad de vida de un grupo de residentes a los que se les ha aplicado un programa interdisciplinar de marcha y alimentación. Objetivos específicos: 1. Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los usuarios del programa 2. Identificar el grado de dependencia a partir de un programa de terapia ocupacional para alimentación (pto) 3. Determinar el nivel de dependencia a partir de un programa de fisioterapia para marcha (pft) 4. Valorar el grado de coordinación interdisciplinar entre trabajadores de diferentes categorías profesionales y empresas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Naturaleza y tipo de estudio: estudio longitudinal de intervención con medidas antes-después. 2. Ámbito: residencia de mayores. Durante un periodo de 6 meses, entre noviembre de 2010 y mayo de 2011. 3. Población diana: 56 residentes y 7 usuarios del servicio de estancias diurnas a. Criterios de inclusión: residentes que mantienen capacidad de marcha y alimentación independiente en situación de riesgo de perderlo por su estado. B. Criterios de exclusión: aquellos residentes que de forma súbita sufran un cambio en su estado de salud que les impida continuar en el programa. C. Selección de los sujetos: aquellos que cumplen el criterio de inclusión y deciden participar de forma voluntaria o autorizada. Muestras: programa de alimentación: n=16 programa de marcha: n=18.

RESULTADOS:

Programa de marcha según las puntuaciones antes-después obtenidas en las escalas de tinetti se observa un aumento de la media del grupo de 6,55 a 7,08 en la capacidad de la marcha, y un mantenimiento, de 8,55 a 8,46 en la capacidad de equilibrio el recuento de caídas

antes-después del programa muestra un descenso de un 66% de las mismas para este grupo de personas se produce una mejora en la capacidad de marcha de un 38,8% y un mantenimiento de un 27,8 % se retiraron 3 personas por cumplir criterio de exclusión, y hubo 2 pérdidas por fallecimiento programa de alimentación según la escala no validada propia del centro, evaluación del nivel de desempeño en la alimentación, se observa un leve descenso en la media del grupo, de 13,375 a 11,6, diferencia que no supone una mayor dependencia en la alimentación se produce un mantenimiento del nivel de desempeño de un 62,5% de los usuarios. Se retiró del programa a 1 persona por cumplir criterio de exclusión.

DISCUSIÓN:

El método de trabajo interdisciplinar entre los departamentos de auxiliares sanitarias, terapia ocupacional y fisioterapia ha fomentado un mantenimiento/rehabilitación de capacidades ya perdidas, limitadas, o que estaban cerca de perderse dado el estado de gran dependencia de estos usuarios e incluso en algunos casos se ha conseguido mejorar el estado inicial.

C141.- PROGRAMA DE VALORACIÓN DE RIESGO SOCIAL AL INGRESO.

PÉREZ-ALONSO ME, GÓMEZ-SANTILLANA MA, OLMO-VALERA AN.

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. CUENCA.

OBJETIVOS:

General: Desarrollar un procedimiento que agilice la planificación del alta hospitalaria en pacientes con Riesgo Social (RS) Específicos: 1. Identificar a los pacientes con RS en los primeros 4 días de ingreso 2. Conocer en qué servicios hospitalarios existen estancias evitables por causas sociales 3. Potenciar la coordinación de recursos 4. Facilitar los medios necesarios para canalizar a los pacientes con riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material: Planilla informatizada para solicitar valoración social. Ordenador conectado a la Intranet del Hospital. Método: Al ingreso del paciente, el personal de enfermería aplicará la escala de valoración de RS . El personal sanitario (enfermeras y facultativos) que identifique al paciente con riesgo, cumplimentará una hoja de valoración informatizada (Anexo I), disponible en la Intranet del Hospital, derivándola a la Unidad de Trabajo Social para su valoración. Realizados los trámites necesarios para gestionar la ayuda correspondiente a cada caso, el Trabajador Social, Geriatra y/o Psicólogo Clínico, realizará informe de alta del paciente, que remitirá por la aplicación informática elabora a tal efecto (Anexo II), a la Oficina de Calidad y Atención al Usuario, unidad responsable de evaluar la información y redactar informe anual.

RESULTADOS:

-De los 825 pacientes atendidos en la Unidad de Trabajo Social: 221 procedían del Programa de Riesgo Social 304 fueron atendidos por iniciativa familiar o amigos del paciente 57 a petición de los Servicios Sociales de base 5 derivados desde su Centro de Salud 13 a petición del propio paciente 225 derivados por Personal del Hospital -Se detectaron 17 motivos de derivación y los más frecuentes son: a.Enfermedad invalidante con mal pronóstico (fractura de cadera, ACVA.) b.Soporte familiar

insuficiente c.Alteración de la movilidad severa o moderada -De los 14 servicios que solicitaron valoración a la Unidad de Trabajo Social, los más frecuentes son Traumatología con 98 peticiones y Neurología con 52. -Los días transcurridos desde al ingreso hasta la identificación del riesgo y derivación a la Unidad de Trabajo Social se cifra en 4,54 días de media anual. -El tiempo de respuesta de la Unidad de Trabajo Social en valorar al paciente se cifra en 2,27 días de media anual.

DISCUSIÓN:

La identificación precoz del paciente de riesgo al ingreso ha superado en 0,54 días el objetivo del programa, oportunidad de mejora: disminuir en 2011 la tasa alcanzada en el ejercicio anterior. -Entre los Servicios hospitalarios con estancias evitables destacamos, Traumatología, Medicina Interna y Neurología, por mayor demanda de valoración. - Se ha mejorado la coordinación de los recursos intrahospitalarios, facilitando los medios necesarios para el paciente al alta hospitalaria. - Acciones de mejora: En el 2º semestre de 2011 realizar encuesta de satisfacción a familiares y pacientes atendidos Aumentar el número de pacientes atendidos por el Programa de Riesgo Social en relación al año 2010.

C142.- LA MEJORA DE LA CODIFICACION EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA EL CONOCIMIENTO COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD.

URAN-GARCIA JE, ILLANA-RODRIGUEZ N, CARCAR-BENITO JE, JIMENEZ-ROSET J, GARCIA-JIMENEZ C, DIAZ-GALLARDO AJ.

OBSERVATORIO REGIONAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS. MURCIA.

OBJETIVOS:

El objetivo de la gestión clínica es ofrecer a los pacientes los mejores resultados en la práctica clínica (efectividad), acordes con la información científica que haya demostrado su capacidad para cambiar favorablemente el curso de la enfermedad (eficacia), con los menores costes para el paciente y la sociedad (eficiencia). La adecuada codificación en relación a los programas de mantenimiento con metadona nos permitirá, mediante la evaluación de los episodios, una valoración asistencial, cuantitativa y cualitativa del paciente en su proceso clínico.Mantener un nivel de calidad adecuado en el proceso de codificación. Dotar al Observatorio Regional sobre Drogodependencias de la Región de Murcia de herramientas para la mejora de la codificación de los programas de mantenimiento con metadona gestión y calidad asistencial para favorecer: Creación de bases de datos uniformes. Elaborar Informes en este ámbito en la Región de Murcia. Crear indicadores de calidad. Fomentar la autoevaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el primer trimestre del 2011 se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, apoyado por el OBSERVATORIO SOBRE DROGODEPENDENCIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA, que llevó a cabo la revisión de los códigos asignados al concepto “Síndrome de Dependencia relacionado con el consumo de heroína” en los sistemas de clasificación: CIE 9-MC, CIE 10, DSM IV-TR, CIE-10- CDI-10.

RESULTADOS:

Tras analizar las propuestas contempladas, el grupo de trabajo concluyó que la codificación mas exhaustiva del Síndrome de Dependencia a la Heroína es la llevada a cabo

por el CIE-10-CDI-10. Este sistema nos permite especificar a través del 5º dígito si el paciente se encuentra en: F11.20- Abstinencia. F11.21- En abstinencia pero en medio protegido. F11.22- En régimen clínico de mantenimiento o sustitución (Metadona). F11.24- En abstinencia pero en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras (Disulfiram, Naltrexona).F11.25- Consumiendo actualmente la sustancia.Se valoró la necesidad de incluir un 6º dígito en los códigos F11.22 que nos especificara: 0 no consume (analíticas de control -).5 consumo continuo (analíticas de control todas +).6 consumo episódico, (analíticas de control + y -).Y un 7º dígito en relación a la cronicidad del tratamiento. 0 menos de un año.1 más de un año.

DISCUSIÓN:

La información proporcionada por los códigos es importante para el control de los sistemas de atención a las personas con dependencia a la heroína. La elección de un buen sistema de codificación permitirá obtener datos útiles sobre LOS PMM en pacientes con dependencia a heroína en la Región de Murcia. Valorar el consumo de otras sustancias en pacientes incluidos en PMM y si este consumo tiene carácter episódico o continuo. Orientar nuestras estrategias de Intervención en Prevención, Asistencia e Inserción hacia la consecución, por parte del Observatorio Español de Drogodependencia, de los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Calidad. Mejorar gestión administrativa de estos procesos.

C143.- RADIOLOGÍA DE URGENCIAS: ¿IRRADIAMOS INNECESARIAMENTE?.

CRESPO-PALAU C*, NOVILLO-SANTOS M, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, RÍOS-VALLÉS L, MARTÍNEZ-LÉRIDA A.

HOSPITAL LLEUGER. CAMBRILS.TARRAGONA.

OBJETIVOS:

Conocer nuestro porcentaje de exploraciones radiológicas innecesarias, aquellas que no modificarían nuestra conducta diagnóstica o terapéutica, sometiendo a irradiaciones innecesarias a los pacientes, mediante la cumplimentación del Protocolo "Resultados de Radiología de Urgencias " (PRRU).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Cumplimentación del PRRU en el periodo comprendido del 1/3/2010-31/3/2011 instalado en OMI-AP que se divide en cuatro opciones (Radiología de Tórax-Extremidades-Tronco (vértebras y costillas) -Otras: Abdomen, pelvis, cráneo, Huesos propios, Senos paranasales), donde se notifica la opción de NO patológico o Patológico. En la opción de "Patológico", están preinstalados los hallazgos más frecuentes y la opción de texto libre. Las exploraciones radiológicas están digitalizadas. Se ha diseñado plantilla en Ms Excel, para su estudio estadístico.

RESULTADOS:

Se han realizado 2.664 exploraciones en Urgencias, se ha utilizado el PPRU en un 86,22%, (n=2.297) de las que en un 77.30% se ha utilizado el protocolo por el personal facultativo de Urgencias. El porcentaje restante se ha usado por otros profesionales que no forman parte del "staff" de Urgencias. La distribución por grupos de exploraciones radiológicas ha sido: 27.07% RX Tórax, 59.77% de Extremidades, 8.61% de Tronco y por último, un 9.96% corresponde a una miscelánea que incluye Abdomen, pelvis, senos paranasales, huesos propios, cráneo. etc. Se ha cumplimentado existencia de patología en 1.097 exploraciones (47%), cuya distribución por grupos es la siguiente: TÓRAX: 53.37%, Extremidades: 42.89%, TRONCO: 46.46 %, Otras (Abdomen-Cráneo. Senos paranales, pelvis): 47.59%.

DISCUSIÓN:

Según se ha verificado en la bibliografía revisada, la aparición de nuevas técnicas no ha logrado reducir el porcentaje de la radiología simple (Tórax y Ósea) que siempre suma más del 70% del total de la demanda. En nuestro trabajo ha sido superior al 85%. (86.86%) Atendiendo a los estudios publicados, parece ser que la presión ejercida por el enfermo es significativa para la solicitud de las pruebas más frecuentes y populares como la RX ósea y de Tórax y no para otro tipo de exploración. El 55% de pruebas diagnósticas fueron innecesarias (su realización, no modifica nuestra conducta diagnóstica y/o terapéutica) y no están justificadas por la presión del enfermo. En nuestro caso, y atendiendo a lo constatado en el PRRU como exploraciones NO PATOLÓGICAS, estamos ante un 47% del total general, que para las exploraciones óseas de las Extremidades asciende hasta el 57,11%, Otras Radiografías el 52.71%, Tronco un 53.54% y Tórax del 46.63%. Ante estos resultados, podemos decir, que atendiendo a la cumplimentación del (PRRU) nuestras exploraciones han sido menos innecesarias, que lo que hasta ahora está publicado en la literatura, a excepción de las exploraciones de RX ósea (entendiendo ésta como la de extremidades).

C144.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL.

VALLE-MARTÍN B, VEGA-MENENDEZ D, JIMENEZ-TOSCANO M, LORENZO-MARTÍNEZ S, RODRIGUEZ-MUÑOZ T, CLIMENT-MARTÍNEZ N.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad de vida en pacientes con incontinencia fecal (IF) tratados con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) del nervio tibial posterior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: hospital público universitario de 448 camas. Período de estudio: 2010-11. Estudio preliminar prospectivo no aleatorio de 17 pacientes con IF que cumplen los criterios de inclusión, aceptaron el procedimiento y su participación en el estudio. Instrumento de medida: Escala de gravedad en pacientes con IF (test Wexner). La técnica se realiza durante un mes con electroestimulador durante 20 minutos/día/ 5 días/semana. Se evalúa la calidad de vida de los pacientes de forma basal, al mes de tratamiento, y en los casos en que se produce mejoría clínica los pacientes continúan tratamiento 2 meses más. Se realiza una nueva evaluación al tercer mes (seguimiento trimestral). En todos estos puntos temporales se evalúa el test Wexner (evaluación basal, al mes y a los tres meses de tratamiento). El análisis de resultados se realizó mediante SPSS.

RESULTADOS:

Los 17 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Al final del primer mes 14 pacientes (82,35%) continuaron el tratamiento. De éstos, el 57,14% mejoró más del 40% al finalizar el tercer mes de tratamiento. Edad 68,86 ± 7,23 años. El 50 % IF sólida. El 21,4 % IF gases. El 14,3 % IF gases y líquida. El 14,3 % IF gases y sólida. El 50% IF de urgencia. El 57% asociada a incontinencia urinaria. La puntuación total del test Wexner basal y después de 3 meses de tratamiento mejoró significativamente (Wilcoxon Z=2, 83 con p<0,011).

DISCUSIÓN:

A pesar del tamaño muestral, los resultados preliminares reflejan que el TENS en el nervio tibial posterior parece una técnica adecuada para tratar IF. Encontramos mejoría significativa tanto en el ítem referente a la incontinencia sólida como en el uso de pañales, gasas o papel para protección. En mayor medida mejoran en la incontinencia a gases y a heces líquidas. La mejoría más significativa se produce en la modificación de su forma o estilo de vida, que representa una mejoría global en este tipo de pacientes.

C145.- CICLO DE MEJORA DE LA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN TRAUMATISMOS DE EXTREMIDAD INFERIOR NO INGRESADOS.

LILLO-GARCIA I, GUZMAN-BORONAT L, TUDELA-DE GEA B, REINA-NICOLAS MI, GONZALEZ-SOLER MA, MARTINEZ-FERNANDEZ E.

HOSPITAL MOLARES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar la profilaxis frente a Enfermedad Tromboembólica (ETE), con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias con traumatismos en la extremidad inferior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre los años 2008 y 2009 se realizó una actividad de mejora en nuestro servicio para favorecer el cumplimiento del protocolo de profilaxis de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes con traumatismo en extremidad inferior. Los resultados de la charla informativa para médicos residentes del servicio de urgencias del hospital y la colocación de carteles con las indicaciones de profilaxis en los boxes de traumatología no dieron los resultados esperados. Es por ello que en una fase posterior, se ha hecho difusión del protocolo mediante charlas y se ha entregado a cada uno, una tarjeta de bolsillo con las indicaciones de la dicha profilaxis. Este año se tomó una muestra de 100 casos por muestreo aleatorio sistemático siendo los pacientes de características similares a los anteriores. Como fuente de datos se utilizó el archivo de asistidos en urgencias y se tomó información sobre la 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. Los resultados se contrastaron con los previos utilizando el test de la Chi cuadrado.

RESULTADOS:

Las dos muestras previas fueron de 130 y 106 casos respectivamente. En los pacientes con indicación de profilaxis frente a ETE, se pautó heparina correctamente

en el 48,6% en el primer año (Intervalo de confianza= 40-57,6%) y en el 44% (24,6-63,4%) en el segundo, siendo en 2011 de 83,3% (67-99%). En los pacientes sin indicación de profilaxis, esta no se pautó en el 84,8% (78.6-91%) y en el 92.3% (86.4-98.2%) en los dos estudios previos, quedando este año en el 93,9 (88,7-99.1%). El cumplimiento global del protocolo fue correcto en el 74,4%±7,5 en 2008, en el 80,6% (73.1-88,1%) en 2009 y este año en el 92% (86.7-97.3%), siendo la diferencia estadísticamente significativa (p>0,05).

DISCUSIÓN:

Se ha mejorado el cumplimiento del protocolo evaluado, posiblemente debido a las nuevas acciones de mejora.

C146.- MEJORAR EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS, ES AVANZAR HACIA LA CALIDAD.

MARTÍNEZ-ROMÁN C, MARTÍNEZ-ROMERO C, LÓPEZ-IBÁÑEZ M, NAVARRO-EGEA AP, HERNÁNDEZ J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. Murcia.

OBJETIVOS:

En Octubre y Noviembre de 2010, la comparativa del número de ingresos y registros en el Área de Partos con la explotación de datos que de forma mensual lleva a cabo la Supervisora de la Unidad mediante el aplicativo informático SELENE, se evidencia un deficiente cumplimiento que nos motivó para actuar sobre este servicio de calidad deficiente. Por otro lado nos preocupó la relevancia de este servicio, ya que los registros proporcionan la única prueba documental de la actividad Enfermera, la cual proporciona respaldo jurídico-legal a los profesionales además de facilitar la comunicación y la responsabilidad de brindar un cuidado de Calidad. Por todo ello nos planteamos: Adoptar medidas correctoras adaptadas a las causas de la cumplimentación deficiente. Motivar e informar a las matronas de la importancia de esta actividad. Conseguir un cambio en la cultura de registro. Normalizar los registros de Enfermería en la historia clínica electrónica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Diciembre de 2010,acciones planificadas, con la implicación de la Supervisora de la Unidad, la Subdirección y Dirección de enfermería, la Dirección y Gestión médica, el Gerente del Hospital y las Matronas, que consistieron en: Reuniones formativas e informativas Marco legal: Ley 41/2002 14 Noviembre. Ética profesional: Código Deontológico. Como Indicador Obstétrico de Calidad percibida y Satisfacción en la Atención Hospitalaria del Contrato de Gestión. Introducción del aplicativo informático SELENE para facilitar la Evaluación de los datos. Aumento de la seguridad en la recogida de información. Posibilita la investigación. Introducción de conceptos de calidad Protocolos de cuidados. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Humanizado.

Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones basadas en Pruebas y Buenas Prácticas. Utilización de Cartelería. Agradecimientos generales y comunicaciones personales de incumplimientos.

RESULTADOS:

En la comparativa antes y después de las acciones de mejora, encontramos unos resultados muy significativos evidenciando la mejora conseguida: Antes de la Intervención Octubre de 2010: 747 ingresos y 538 registros,209 sin registrar. Noviembre de 2010: 733 ingresos y 564 registros,169 sin registrar. Después de la Intervención en Diciembre de 2010 Enero de 2011: 655 ingresos y 575 registros,80 sin registrar. Febrero de 2011: 578 ingresos y 518 registros,60 sin registrar. Marzo de 2011: 629 ingresos y 584 registros,45 sin registrar. Abril de 2011: 592 ingresos y 554 registros,38 sin registrar. Mayo de 2011: 671 ingresos y 662 registros,9 sin registrar.

DISCUSIÓN:

Con este estudio demostramos la importancia de planificar acciones de mejora con diseño participativo. La implicación, motivación, formación e información hace que los profesionales reconozcan la importancia del registro, su finalidad asistencial, investigadora e incluso el reconocimiento del trabajo, debiendo adaptarnos a su vez al paso del soporte en papel a la historia clínica electrónica.

C147.- IMPACTO DEL PROYECTO BRISA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

SÁNCHEZ-NANCLARES G, LÓPEZ-SANTIAGO A, DELSORS-MÉRIDA-NICOLICH E, CALLE-URRA JE, MARÍN-LÓPEZ J, MARTÍNEZ-ESCANDELL R.

SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y CONSEJERÍA DE SANIDAD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Aunque el OBJETIVO PRINCIPAL del estudio BRISA era conocer la prevalencia de EPOC no diagnosticado en la Región, uno de sus OBJETIVOS SECUNDARIOS fue mejorar la atención al paciente EPOC a través de la formación y la motivación que derivaban de la participación de los profesionales en este estudio, principalmente dirigido a aumentar la captación hecho fundamental para disminuir el gran número de EPOC no diagnosticados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el estudio participaron 1.600 usuarios, 50 Equipos de Atención Primaria (EAP) de los 80 de la región, 190 Médicos de Familia (MF) y 120 Enfermeros de Atención Primaria. Cada MF debía captar 10 pacientes diagnosticados de EPOC y otros 10 sin diagnóstico previo de EPOC. Los CRITERIOS DE INCLUSIÓN en No-EPOC fueron: fumador o ex fumador, edad entre 40 y 70 años, aceptación de participar en el estudio, ser apto para una espirometría. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: diagnóstico previo de EPOC, de Asma, no apto para la espirometría, embarazo, antecedentes en los últimos tres meses de: cirugía torácica o abdominal, infarto del miocardio, desprendimiento de retina, hospitalización por causa cardiovascular, personas en tratamiento por tuberculosis y sujetos con frecuencia cardiaca superior a 120 por minuto. A ambos grupos se les practicó una ESPIROMETRÍA como prueba clave para el diagnóstico y seguimiento del EPOC. Para potenciar la accesibilidad y fiabilidad de este test nos centramos en: asegurar la existencia de un espirómetro en perfecto estado de funcionamiento en cada CS, calibrado de todos los aparatos, formación directa a los profesionales (médicos y enfermeros) sobre una utilización correcta y normalizada que disminuya la variabilidad en el

uso. Se realizaron 2 cortes de los 4 indicadores de Cartera de Servicios: en marzo 2010 (justo previo a BRISA) y en octubre 2010. La fuente de datos fue el programa informático de consulta de AP (OMIap).

RESULTADOS:

En los cupos de los profesionales que participaron en el BRISA hubo mejoría significativa estadísticamente en 3 de los 4 criterios de calidad de la atención al EPOC:

C1. La cobertura tuvo una discreta mejor de sólo un 0.1% ($p<0.05$).

C2. La espirometría mejoró un 3.3% ($p<0.001$)

C3. La espirometría anual un 3.2% ($p<0.001$)

C4. Los Consejos mejoraron 0.3% de forma NO significativa.

En contraposición los cupos no participantes obtuvieron muy inferiores de forma significativa: C1=0.0% ($p<0.05$), C2=1.1%($p<0.001$), C3=1.1%($p<0.001$)y C4=0.6%($p<0.001$).

DISCUSIÓN:

Se observó una mejora significativa en 3 de los 4 criterios en los cupos participantes en BRISA. Esta mejoría fue mayor en los dos criterios relacionados con la espirometría y menor en la captación que quedad áun muy lejos de los estándares deseables (2.8%). Probablemente 6 meses no sea tiempo suficiente para captar todos los EPOC que aún esperan diagnóstico.

Sesión de Comunicaciones III

Sala 3

Medicamento / Accesibilidad

C148 – C157

C148.- ANÁLISIS E INTERVENCIÓN SOBRE LA ACCESIBILIDAD EN LA CITA WEB DE ATENCIÓN PRIMARIA.

FERNÁNDEZ-CONDE JA, CATALAN-RUEDA E, GÓMEZ-RUIZ MJ, ARIAS-ESPADA M, SANTOS-MÍGUEZ MC, MARTIN-GUTIÉRREZ ME.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. TOLEDO.

OBJETIVOS:

Evaluar la demora en las consultas de medicina de familia y pediatría del Área, en términos de oferta a través de la cita web. Adecuar las agendas a la presión asistencial. Concienciar a los profesionales del valor añadido de la calidad percibida en términos de accesibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo, multicéntrico y comparativo, con intervenciones simultáneas y feedback permanente. Período de estudio: marzo-2009 a diciembre-2010. Presentan demora aquellas agendas, que a las 08:00 horas, no ofertan un hueco para cita a demanda en el mismo día. Criterio de inclusión: agenda en turno de mañana, con cita web disponible y consulta en un único centro. Se registró diariamente (a las 08:00 horas) en cada agenda en estudio, el primer hueco ofertado para cita a demanda por la cita web. Análisis de datos a través de las herramientas estadísticas de Excel. Intervenciones realizadas: incorporar objetivos de demora a los contratos de gestión del 2009 y 2010; informe mensual individual y por EAP; estudio de estructura de agendas y presiones asistenciales de aquellas agendas con demora; reuniones con los EAPs; presentación de objetivos y análisis de resultados en los Consejos de Gestión.

RESULTADOS:

En el período de estudio se analizaron 423 agendas (203 en 2009 y 220 en 2010). De ellas 365 de médicos de familia y 58 de pediatras. En total se realizaron 87.781 búsquedas del primer hueco ofertado a demanda a las 08:00 horas. En el 2009 el 32,2% de las agendas de medicina de familia y el 29,5% de las de pediatría no ofertaban hueco para el mismo día; la demora media de

estas agendas sin oferta para el día era de 2,8 y 4,0 días respectivamente. En el 2010 los porcentajes de agendas con demora es del 28,2% para médicos y 23,5% para pediatras; la demora media de estas agendas sin cita para el día fue de 2,4 y 3,4 respectivamente.

DISCUSIÓN:

El número de agendas en estudio es muy significativo ya que en el 2010 alcanzó a 220, lo que supone en términos de usuarios adscritos el 79,5% del Área (343.000 TSI). El análisis de los datos muestra inercias importantes, no apreciándose disminución de demoras hasta el año de estudio. En términos absolutos el porcentaje de agendas con demora disminuyó en 2010 en un 5%, lo que supone que casi 20.000 usuarios más encontraban cita web para el mismo día. La comparativa entre 2009 y 2010 muestra una evolución desde una demora estructural en el entorno del 30% de las agendas a una demora asociada a factores estacionales (vacaciones) y de presión asistencial. La combinación de estrategias de análisis, información a los profesionales e intervenciones individualizadas se muestra como adecuada, con evolución positiva en el medio plazo.

C149.- MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A PACIENTES RESPIRATORIOS CRÓNICOS CON OXÍGENO DOMICILIARIO.

PARDO-GONZÁLEZ E, CRESPO-PAESA P, SÁNCHEZ-NIETO JM, ASTORGA-MUÑOZ M, BERMUDEZ-LOPEZ C.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar la accesibiliad a los cuidados de salud a los pacientes con OD, evitando las revisiones presenciales en aquellos pacientes con dificultades de movilización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo. Población: enfermos respiratorios crónicos, con indicación definitiva o transitoria de OD (si presentan dificultades de desplazamiento al hospital). Intervención: Visita estructurada de Enfermería con valoración movilidad, respiratoria. Criterios selección: identificación de problemas de movilidad mediante entrevista telefónica o tras asistencia a consulta de Terapias respiratorias.

RESULTADOS:

De enero-abril, de 257 pacientes se seleccionan 95 RD. (36,9%). Cuarenta pacientes estaban encamados (56,3%) y 68 precisaban ayuda para deambular (95,8%). El 70% de indicaciones procedentes del Hospital Morales Meseguer. Medicina Interna: realiza el 44,2%, Neumología 10,4%. El resto 45,4% corresponde a Atención Primaria, servicios de urgencia y otros centros. El diagnóstico principal es cardiopatía (29.9%) seguida de la EPOC (26%).En el 19,5% de casos el diagnóstico no consta o resulta inclasificable. El equipo más indicado es el concentrador con gafas nasales en el 96,1% de pacientes. Un 7,8% tenía además VNI. Un 22% de pacientes tenía dos equipos de terapia respiratoria en su domicilio. En el 33,8% de los casos no consta el tiempo durante el cual se indica la OD. La media de saturación de los pacientes fue de 93±3.4. Treinta y cinco pacientes (45,5%) no se administraba el oxígeno más de cuatro horas al día y 64% no presentaba criterios oxímetricos para beneficiarse de la OD. Se suspendió la OD en 18 pacientes (23,4%).

DISCUSIÓN:

1ª. La intervención de revisiones a Domicilio de Terapias Respiratorias ha evitado el traslado al hospital a una tercera parte de pacientes que reciben esta prestación. 2ª. La utilización de la OD es baja en casi la mitad de pacientes. 3ª En el momento de la evaluación domiciliaria la oximetría no indicaba necesidad de este tratamiento en la mayoría de pacientes.

C150.- AGENDA BIEN GESTIONADA = SATISFACIÓN DEL PACIENTE = MI SATISFACCIÓN.

GIMENEZ-JORDAN LA, BOSCH-ROMERO EM, GONZALEZ-AZUARA SI, VILALTA-GARCIA SU, BERNADES-CARULLA CA, PERIS-GRAO AN.

CASAP CAN BOU. CASTELLDEFELS.

OBJETIVOS:

Reducir el tiempo de espera del paciente que acude a urgencias en un EAP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Disponemos de un protocolo de atención a la demanda aguda que contempla el triaje por personal de gestión y servicios (GYS) y, según situación, resolución autónoma por enfermera o por médico de guardia. La consulta donde la enfermera atiende demandas urgentes solicitadas ese día (BOX) asume de 9:00 a 20:00 las urgencias protocolizadas. La visita generada en este circuito puede seguir 2 directrices según protocolo: resolución definitiva por enfermería o requerir valoración médica ese mismo día. Para las situaciones en las que se requiere intervención médica urgente existen las visitas ES (visita médica de 5 minutos para demanda solicitada por paciente el mismo día). Las opciones de atención a demanda urgente son: el médico de cabecera, el contrapuerta por ausencia de éste o si la agenda de ES está llena, por el médico de guardia si las visitas Es del médico y del contrapuerta están todas ocupadas. Los pacientes desplazados (sin médico asignado) son atendidos como ES por el médico de urgencias. El médico de urgencias debe desplazarse al BOX si la urgencia debe recibir atención inmediata. Todas estas visitas ES se intercalan en la agenda de cita previa (CP: cita previa médica de 10 minutos), debiendo esperar su turno según hora asignada en la agenda global de uno u otro médico (tabla 1). Disponemos de un grupo de mejora de circuitos de urgencias de dinámica quincenal, formado por GYS, enfermería y medicina. Mediante el brainstorming permite detectar un punto de mejora: el paciente que debe ser atendido por el médico de urgencias espera demasiado tiempo. Realizamos una espina de Ishikawa para detectar

las posibles causas. Mediante una tabla de priorización concluimos que una de las causas mejorables es reorganizar la agenda del médico de guardia para evitar demoras y acúmulos. Esta es la nueva agenda que planteamos (tabla 2).

RESULTADOS:

La nueva agenda permite que las demandas agudas atendidas por GYS o en el BOX entre 9:50 h y 11:10h, y su equivalencia en horario de tarde, 15:50h i 17:10h, se alternen equitativamente con las CP para agilizar la atención y disminuir la ansiedad de profesionales y usuarios, manteniendo el número de citas previas que existía. Esta agenda ha sido aceptada satisfactoriamente por EAP y se ha puesto en práctica en junio 2011.

DISCUSIÓN:

Debemos adaptar las agendas según recursos y tipos de demanda. La metodología de mejora continua permite mejor respuesta a diversos tipos de demanda de la población.

C151.- SEGURIDAD EN LOS FÁRMACOS EN URGENCIAS. NUESTRA EXPERIENCIA. URGENCIAS HOSPITAL DONOSTIA.

AVILÉS-AMAT JS, LOPEZ-GARCIA D, BUSCA-OSTOLAZA P, GONZALEZ-CONDE L, URBINA-AGUIRREBENGOA O, ALBA-CORIA L.

URGENCIAS HOSPITAL DONOSTIA. DONOSTIA SAN SEBASTIAN.

OBJETIVOS:

Mejora en la seguridad en el empleo de los fármacos en las salas de reanimación de los servicios de urgencias; Almacenamiento,prescripción, dispensación,administración,registro, etc.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realización del AMFE en el proceso: "Empleo de la medicación en las salas de reanimación del servicio de urgencias". Análisis de las acciones de mejora derivadas de esta, ponderadas según efectividad, coste y efectividad. Monitorización de las acciones emprendidas en las reuniones mensuales del grupo de seguridad del servició de urgencias. Realización y adhesión de los programas específicos de seguridad en el uso de fármacos adaptando estos a nuestro entorno: identificación inequívoca, conciliación de la medicación, uso seguro del potasio endovenoso, etc.

RESULTADOS:

Reducción del número de especialidades farmacéuticas y centralización de estas en un número limitado de zonas de dispensación. Sustitución de envases semejantes o con etiquetas similares Clasificación en los dispensadores ordenados por nombre comercial y por principio activo así como por código de colores Protocolización y actualización de los fármacos de las salas de reanimación. Técnicas de identificación inequívoca y doble chequeo en las órdenes verbales. Estandarización dosificación de los fármacos de alto riesgo. Estandarización de los fármacos en los diversos procedimientos en las salas de reanimación (Sedación. Cardioversión, Drenaje torácico, IOT..) Notificacion y registro.

DISCUSIÓN:

La realización de ANFE específico y la puesta en marcha de las acciones derivadas de este así como la adhesión a los programas establecidos en relación con el empleo seguro de la medicación supone un significativo avance en la reducción de los eventos adversos en la práctica clínica en los servicios de urgencias.

C152.- EVALUACION Y MEJORA DE LOS RESULTADOS EN LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE CIRUGIA MAYOR EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA.

GONZALEZ-GIL A, EGEA-ROMERO MD, LOZANO-ALCALDE O, VIGUERAS-DELMANS F, MOLINA-MOLINA M, GONZALEZ-MARTINEZ P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

OBJETIVOS:

El Servicio de Cirugía General implantó en septiembre de 2006 un sistema de gestión clínica de la lista de espera de cirugía mayor. Tras una primera evaluación se actuó, adoptando una serie de medidas para mejorar. El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados obtenidos en la reevaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En 2006 se creó una base de datos informatizada en la que se recogían diversos datos de los pacientes que se incluían en lista de espera para cirugía mayor: diagnóstico, tipo de procedimiento quirúrgico, dificultad prevista, grado de urgencia patología acompañante y preferencias del paciente en cuanto a la elección de cirujano. Esta base de datos se utiliza para elaborar el parte quirúrgico. A finales de 2008 se hizo una evaluación observando una elevada tasa de pacientes que finalmente no eran intervenidos. Con el objetivo de mejorar estos resultados se adoptaron una serie de medidas: Definir las indicaciones en aquella patología en la que existía variabilidad en los criterios de inclusión y asegurar en la entrevista preoperatoria la disposición del paciente a operarse. Posteriormente se reevaluaron los resultados. Definición de caso: paciente que ha pasado por la lista de espera y ha salido de ella por cualquier causa excluyendo la derivación a centro concertado. Tipo de datos: de proceso y resultado. Fuente de datos: base de datos de gestión de lista de espera del servicio de cirugía. Tamaño de la muestra: universal. Tipo de análisis estadístico: comparación de proporciones.

RESULTADOS:

Entre septiembre de 2006 y marzo de 2011 se han analizado 3124 casos divididos en dos grupos: GRUPO I:

(sept 2006 a dic 2008): 1489 casos. GRUPO II (Enero 2009 a ma-yo 2011) 1635 casos Las causas por las que salieron de lista de espera:

Intervenidos en nuestro centro: 1141 (76,6%) casos en el grupo I y 1357 (83%) en el grupo II.

Renuncia voluntaria: 133(8.9%) en el grupo I y 161(9.8%) en el grupo II

Curado o No patología: 21 (1,4%) en el grupo I y 5 (0,3%) en el grupo II

Operado por su cuenta: 44 (3%) en el grupo I y 17 (1%) en el grupo II

Exitus: 5(0,3%) en el grupo I y 4 (2%) en el grupo II

Causa administrativa: 145 en el grupo 1 (9,7%) y 91(5,6%) en el grupo II

El análisis estadístico muestra un aumento significativo en la proporción de pacientes intervenidos en nuestro centro ($P<0.0002$); una disminución significativa de los pacientes que no se intervienen por curación o no patología ($P<0.00035$): una disminución significativa de los pacientes que han decidido operarse por su cuenta ($P<0.0002$) y una disminución significativa en la exclusión por causas administrativas ($P<0.0002$).

DISCUSIÓN:

Los resultados muestran una mejora significativa global en los resultados de lista de espera tras las medidas emprendidas en 2009. Esta mejoría esta claramente relacionada con la variación en los criterios de inclusión (acotar patología y evitar incluir pacientes con duda manifiesta de querer intervenirse) pues han disminuido significativamente las tasas de "inclusiones innecesarias.

C153.- PLAN DE ACCESIBILIDAD.

TORO-SANCHEZ L, VILLA-VALLE R, GALLEGO-CAMIÑA I, CUEVAS-BALBAS A, RESINES-GALAZ E, LARREA-ZARATE I.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO.

OBJETIVOS:

Nuestro hospital ha realizado una apuesta firme por ser referentes en Responsabilidad Social Corporativa en su Plan Estratégico 2010-2014. Entre las líneas de acción marcadas se encuentra la mejora de la accesibilidad física y la orientación de los pacientes y acompañantes en el centro. Objetivos: 1) Realizar un análisis de situación 2) Analizar el cumplimiento de circuitos y señalética 3) Identificar puntos fuertes y áreas de mejora 4) Elaboración de propuestas para generar condiciones de accesibilidad en las diferentes áreas hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La metodología seleccionada combina la evaluación de accesibilidad de AENOR, los criterios DALCO (deambulación, aprehensión, localización y comunicación) de accesibilidad universal y la técnica del Mystery Shopper (MS), herramienta cualitativa mixta, que combina la observación directa con la valoración cuantitativa.

RESULTADOS:

En primer lugar, se ha creado Equipo de Mejora de Accesibilidad formado por el Servicio de Mantenimiento, RRHH, UBP y Calidad para estudiar los puntos críticos de la organización. El proceso se ha estructurado en dos fases: 1) Evaluación AENOR: A través de un cuestionario de accesibilidad en edificios públicos se ha evaluado, por un lado, si el sistema de gestión de accesibilidad global implantado se adecua a los requisitos y, por otro lado, la accesibilidad del propio edificio. Para comprobar varios criterios del cuestionario se ha elaborado un check list para confirmar si la altura y zonas donde se encuentran los teléfonos públicos, buzones de sugerencias, señalética, pasos de peatones y rebajes efectuados en las aceras para garantizar la accesibilidad de las personas en sillas de ruedas cumplen los criterios. 2) Informe de MS: Es requisito imprescindible que el MS nunca haya estado en el

HGU. Tras la evaluación se han identificado un total de 15 puntos fuertes: señalización exterior, posibilidades de acceso al centro en transporte público, parking gratuito, puesto de citas automático, uso de altavoces para llamada de pacientes, señalización de salidas de emergencias, etc. y 11 Áreas de mejora. En cuanto a información existe una falta de unión de criterios a la hora de señalizar los servicios/unidades, hay una pérdida de información según la colocación de los paneles informativos y existe un desconocimiento de los circuitos de paso de los pacientes/personal del centro, entre otros. Todo ello se ha concretado en un Plan de Accesibilidad con la finalidad de analizar datos y proponer acciones correctivas.

DISCUSIÓN:

1)Puesta en marcha de acciones correctivas: ampliación de aceras, señalización con fechas indicativas de dirección,… 2)El MS permite captar la información de usuarios que nunca han estado en este hospital recogiendo, así, más casuísticas 3)Los resultados de la Evaluación AENOR y el MS son coincidentes en varios aspectos, lo que refuerza las áreas identificadas en ambas herramientas. 4)El siguiente paso es contrastar los criterios DALCO con expertos (organización de personas con discapacidad).

C154.- AGENDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: NORMALIZACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS DE CITAS.

HERNANDEZ-PASCUAL M, GARCÍA-CUBERO MC, JIMENEZ-GOMEZ MC, TOLEDO-GOMEZ D, RICO-BLÁZQUEZ M, CASADO-LOPEZ M.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

OBJETIVOS:

General: Normalización e implantación de agendas con criterios de calidad en los Centros de Salud (CS) de la Comunidad Específicos:Disminuir la variabilidad de los modelos de agendas. Facilitar la implantación de los nuevos sistemas alternativos de cita: online, sistema telefónico de reconocimiento de voz (IVR), centro de atención personalizada (CAP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Fases: 1 Definición y aprobación del Proyecto de normalización de agendas (PNT):Formación del grupo de trabajo que define y aprueba el PNT. Se definen los actos: visita (V), domicilio (DOM) y las situaciones 0, 1 y 2, estableciendo diferentes prioridades y accesos a los sistemas alternativos de cita (SAC). La situación 0, la que primero se oferta desde las Unidades Administrativas y SAC, la situación 1 la segunda opción a ofertar y la situación 2 reservada para la demanda no previsible. 2 Implantación del PNT:Difusión del proyecto a las Direcciones Asistenciales (DA) y a los equipos directivos de los CS; formación a los profesionales encargados de la implantación; extracción y análisis de datos de las matrices de agenda existentes en cada uno de los CS por profesional, para que cada profesional analice y planifique su agenda; diseño de matrices; verificación y validación de matrices a cargo del Equipo Directivo de cada CS y por la DA; puesta en marcha de las nuevas agendas 3 Monitorización de agendas: % de agendas del CS con los actos según PNT y % de agendas del CS con las situaciones según PNT. 4 Análisis de los datos de las matrices y dietarios de las agendas por profesional de los CS para la detectar áreas de mejora.

RESULTADOS:

En el último trimestre de 2010, se implantaron las agendas normalizadas en los 260 centros de salud y 158 consultorios. Se realizó una evaluación de los indicadores en diciembre 2010, analizando un total de 7400 agendas de medicina de familia, pediatría y enfermería, obteniéndose un cumplimiento del 62,62 % en la normalización de actos y un 73,41% en la normalización de situaciones. Se elaboró un informe con el análisis de los datos con un nivel de desagregación por profesional con la identificación de áreas de mejora. En marzo 2010 se realizó una nueva evaluación, obteniendo un 79,14% de cumplimiento en la normalización de actos y un 85,26% en la normalización de situaciones. En la actualidad, la implantación de los sistemas alternativos de cita en los CS es de: CAP Implantado en la totalidad de los CS y consultorios; cita sanitaria on line disponible en un total de 318 centros (todos los CS y 60 consultorios), ofreciendo una cobertura al 99,2% de la población (6.155.918 ciudadanos); cita voz disponible en un total de 260 CS dando servicio al 96,05 % de la población.

DISCUSIÓN:

La normalización de las agendas, ha permitido la implantación de los sistemas de cita alternativos. Es preciso implementar las medidas correctoras en aquellas agendas que no se han normalizado para garantizar la equidad en la accesibilidad de los ciudadanos mediante la citación por los agentes externos.

C155.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN ELECTRÓNICA INTEGRAL DE TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN ONCOLOGÍA.

FERNÁNDEZ-GABRIEL E, BUSTO-FERNÁNDEZ F, MARTÍN-HERRANZ I.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

Describir el proceso de implantación de un sistema informático de gestión integral de la farmacoterapia citostática, que abarca desde la prescripción del tratamiento hasta su administración, en el Hospital de día de Oncología de un Complejo Hospitalario Universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se actualizó el aplicativo informático para la gestión de la elaboración de tratamientos citostáticos en el Servicio de Farmacia (SF), Farmis-Oncofarm®, a la versión 2009, que incorpora módulos de prescripción, dispensación y administración de tratamientos. Para desarrollar la implantación, se dispuso de un farmacéutico con dedicación completa. Fase preimplantación: Actualización de bases de datos. Curso de formación de formadores. Fase postimplantación: Configuración de accesos. Formación de usuarios. Valoración de la evolución del proceso.

RESULTADOS:

Periodo: Octubre 10-Enero 11. Fase preimplantación: Se revisaron 259 protocolos quimioterápicos(60 correspondientes a ensayos clínicos)de forma consensuada con los médicos responsables: Se actualizaron conforme a las últimas guías clínicas, se fijaron diagnósticos e indicaciones aprobados en el Hospital, se insertaron las medicaciones adyuvantes y las instrucciones de administración para enfermería. Recibieron la formación de formadores 2 farmacéuticos. Se actualizó a Farmis-Oncofarm®v.2009 el 05/11/10. Fase postimplantación: Se configuraron los perfiles de acceso: Administradores del Sistema (Activan accesos de usuario y dan soporte técnico), médicos (Introducen datos administrativos, antropométricos y diagnósticos de pacientes, seleccionan, programan y confirman los tratamientos), farmacéuticos

(actualizan las bases de datos, introducen datos administrativos, antropométricos y diagnósticos, seleccionan, programan, confirman y preparan tratamientos. Explotación estadística de datos), Técnicos/auxiliares de Farmacia (dispensan tratamientos), enfermeros (acceso en modo lectura a datos diagnósticos, prescripción y programación de tratamiento, visualización de carga de trabajo programada y administración de tratamiento y notificación de incidencias de administración). Formación oncólogos: A tiempo real en la consulta, asistiendo al médico hasta que manejase el programa y posteriormente con asistencia puntual. Formación enfermería: En el Hospital de día mediante una sesión de 1 hora. Formación en el SF: 4 sesiones de 1 hora de duración. Se formó a 10 oncólogos, 10 enfermeras y 24 farmacéuticos. Evolución de tratamientos vía electrónica: Octubre:3%, Noviembre:5,5%, Diciembre:24,64%, Enero:44,92%, Febrero:74,94%, Marzo:78,5%, Abril:79%, Mayo:80%.

DISCUSIÓN:

La implantación se desarrolló con una buena aceptación de todos profesionales implicados. Gracias a este sistema, se observa una mayor intercomunicación dentro del equipo multidisciplinar de atención al paciente oncológico. La validación y consenso de los protocolos entre farmacéuticos y oncólogos, deben disminuir los potenciales errores asociados a la prescripción manual y con hoja preimpresa.

C156.- ADECUACIÓN DEL USO DE TRANSPORTE SANITARIO. GESTIÓN DE TRASLADOS PROGRAMADOS DE PACIENTES A OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

BALLESTEROS-JUAN MT, FERNÁNDEZ-PEREZ V, MARTIN-MUÑOZ V.

GERENCIA DE EMERGENCIAS 061. MURCIA.

OBJETIVOS:

En el Área de Salud objeto de esta oportunidad de mejora, la proporción de enfermos trasladados con transporte sanitario fuera de la provincia para consultas externas, diagnóstico y/o tratamiento es muy elevada en relación al resto de Áreas que conforman el mapa sanitario de nuestra Región. Nos proponemos pues: *Adecuar el uso de este tipo de transporte a causas médicas que lo justifiquen. *Disminuir costes derivados del uso inapropiado de transporte sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio de tipo retrospectivo e interno para analizar el nº de traslados realizados con vehiculo sanitario fuera de la región, tras la 1ª medición de datos que comprende el periodo de Enero a Diciembre 2009, se detecta un amplio margen de mejora. Las medidas correctoras comienzan a aplicarse en Enero de 2010, y se fundamentan en el estudio exhaustivo por parte de la Coordinadora local de Transporte Sanitario, de cada una de las solicitudes de este tipo de prestación, destacamos: - Encuesta al paciente acerca de su situación actual de salud, y motivo por el que se precisa este tipo de transporte. - Contacto con el facultativo que realiza la solicitud de transporte sanitario cuando la indicación del mismo no obedece a causas médicas. - Derivación a Trabajo Social. - Informe de la posibilidad de ayuda de gastos por desplazamiento. - Valoración por parte de la Subdirección Médica de determinados casos con la información disponible: H. clínica, motivo de la canalización, etc. - Solicitud de informe y posibilidad de traslado de expediente sanitario en casos de pacientes, cuyas revisiones pueden llevarse a cabo actualmente por especialistas de nuestra Región. Se hace una reevaluación

durante el periodo del año 2010 para valorar si las medidas adoptadas han sido efectivas.

RESULTADOS:

Durante el 2009 se realizan un total de 329 traslados en vehiculo sanitario fuera de la provincia. En el año 2010, tras la implantación de las medidas correctoras, los datos registrados son de 189 traslados a otras Comunidades Autónomas, lo que supone una reducción del 42’6% con respecto al año anterior.

DISCUSIÓN:

Se obtiene un descenso muy importante en el uso de vehículos sanitarios para traslados interprovinciales. La implicación de la Coordinación local de Transporte Sanitario hace posible la adecuación del uso de este recurso como elemento de mejora continua y sostenibilidad. La participación de la dirección es imprescindible y contribuye a motivar al profesional y minimizar dificultades que puedan presentarse durante el proceso.

C157.- COLABORACIÓN ENTRE MÉDICOS Y FARMACEUTICOS EN EL SEGUIMIENTO DE DISLIPEMIAS: SATISFACCIÓN DE MÉDICOS Y PACIENTES.

MUÑOZ-JIMENEZ H, ANZA-AGUIRREZABALA I, GARCIA-GARCIA M, RUIZ-MALDONADO JM, NAVARRETE-CARRANZA JM, CONSENTINO-LOPEZ JA.

GERENCIA AREA 3 DE MURCIA. LORCA.

OBJETIVOS:

La colaboración entre médicos y farmaceúticos supone la implicación de ambos para maximizar los beneficios de la medicación. Un estudio de intervención en la comunidad compara la eficacia de esta colaboración en pacientes dislipémicos, en la que el paciente elige entre perfiles lipémicos hechos en oficina de farmacia (OF) o centro de salud, recibe información sobre el tratamiento en la OF y ajustes posológicos previamente pactados entre ambos profesionales, con el seguimiento usual. La participación en el estudio se ofertó al 100% de la población diana, aceptando el 98%. Nuestro objetivo es conocer la satisfacción de los pacientes asistidos con el modelo colaborativo así como la percepción de los médicos involucrados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elaboran dos cuestionarios para medir resultados en satisfacción, uno para médicos sobre la experiencia en su colaboración con el farmacéutico y otro para pacientes, con el objetivo de evaluar el servicio recibido en su oficina de farmacia. Las encuestas fueron repartidas de forma anónima a los médicos por personal investigador, y a los pacientes mediante entrevistas telefónicas desde la Gerencia de Atención Primaria. El cuestionario médico consta de 6 pregunta con escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos de “nada satisfecho” a “muy satisfecho”. Se recoge: experiencia de la colaboración con la OF(3 ítems); uso de una web como instrumento de colaboración (1 ítem); actitud respecto a colaboraciones futuras(2 íems). La encuesta de pacientes consta de 2 preguntas que recogen la satisfacción del paciente con el control de su tratamiento en la OF y la preferencia de éste en que su

farmacéutico siga o no colaborando con su médico en el control de su dislipemia. Como respuesta, si, no, no sé.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 44 pacientes y 18 médicos. El porcentage de respuesta fue del 90 y el 100% respectivamente. La edad media de los pacientes fue de 57,8 años, siendo el 54% hombres. La encuesta fue completada por 20(85%) médicos. El 53,9% se declaró muy satisfecho con su experiencia de colaboración con la OF. El 53,9% está satisfecho del uso de la web encriptada como instrumento de comunicación médico-farmacéutico. El 70,5% cree que la colaboración ha permitido mejorar el control de sus pacientes, en cuanto a eficacia, adherencia y seguridad. El 94,1% apuesta por que, en un futuro, se pueda mantener ésta colaboración para otras patologías prevalentes Contestan la encuesta telefónica el 89,1% de los pacientes. El 87% está satisfecho con el servicio recibido y el 97,7% prefiere que se siga colaborando con su médico de atención primaria en el seguimiento farmacoterapéutico en dislipemia.

DISCUSIÓN:

Esta evaluación mostró una alta satisfacción entre los pacientes de la oficina de farmacia comunitaria y los médicos del área III con un modelo de colaboración entre médicos y farmaceúticos para el seguimiento del tratamiento hipolipemiante.

Sesión de Comunicaciones III

Sala 4

Calidad Percibida II

C158 – C168

C158.- SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE UNA CONSULTA DE VIAJEROS INTERNACIONALES DE UN HOSPITAL GENERAL.

GIJÓN-HIPÓLITO CM, DEL RIO-MORO O, CORROTO-BARROSO AI, MANTEIGA-DIAZ MM.

COMPLEJO HOSPITALARIO. TOLEDO.

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de una consulta de viajeros internacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo mediante encuesta telefónica (3 intentos de contacto), que manejó el equipo investigador, validada en estudios similares publicados, y dirigida a los usuarios de la consulta de viajeros internacionales atendidos desde 02/01/2011 a 29/04/2011 y que regresaron del viaje antes del 18/05/2011. Se seleccionó a un total de 126 usuarios susceptibles de entrar en el estudio, mediante muestreo aleatorio simple. Calculándose tamaño muestral con un IC95% y error muestral del 5%. Se valoraron 11 variables principales: primera visita consulta, identificación profesional médico y enfermera (dicotómicas); tiempo de atención, amabilidad en el trato, ayuda en caso de necesidad (5 posibles respuestas); factores ambientales: temperatura, ruido, limpieza; información clara sobre: riesgos sanitarios del viaje, vacunas administradas, riesgos tras administración vacunas, instrucciones tras consulta, síntomas de alarma tras viaje (5 posibles respuestas); problemas con acogida-trato-información, recomendación de la consulta a familiares (dicotómicas), nivel de satisfacción global (valoración de 0 a 10). Las variables secundarias: sexo, edad, nivel estudios (3 grupos), destino por riesgo según OMS (3 grupos) y duracion del viaje. Los comentarios y sugerencias se agruparon por categorías y fueron expresados por frecuencia. Paquete estadístico utilizado SPSS v14.

RESULTADOS:

Se obtuvo respuesta en 94 usuarios (74%). El 84% era la primera vez que acudía a la consulta. El 63% recordaba

que el médico se identificó y 66% que lo hizo la enfermera. Sobre el tiempo de atención el 93% lo consideró correcto. El 83% consideró que el trato fue siempre amable. El 88% declaró que el personal hizo siempre lo posible por ayudarle. Respecto a los factores ambientales, se valoró la temperatura de la sala, ruido y la limpieza "como lo esperado" en el 71%, 61% y 63% de los casos respectivamente. La información recibida sobre riesgos sanitarios en su viaje 90%, vacunas que se administraron 94%, riesgos tras la administración vacuna 83%, instrucciones a seguir tras consulta 98%, síntomas de alarma 63%. No tuvieron problemas de acogida el 95%, con la información el 98% y con la información recibida sobre vacunas el 96%. El 98,9% recomendaría la consulta.El valor medio de satisfacción global fue 8 (± 1), mínima de 5 y máxima de 10. 54% fueron hombres, con edad media de 37 años (±10), 58% con estudios superiores, según nivel de riesgo en destino 73% nivel 3 y duración media del viaje de 20 días. Aparecieron 41 sugerencias y el 56% fueron mejoras en infraestructuras.

DISCUSIÓN:

Encontramos un nivel de satisfacción global alto. La atención, el trato e información de los profesionales estuvo muy bien valorada. Pese a la valoración satisfactoria de los factores ambientales pudimos extraer del apartado de sugerencias que se deben mejorar las infraestructuras.

C159.- UNIDAD CARDIOLÓGICA DE ALTA RESOLUCIÓN: SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS DOS NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS.

RODRIGUEZ-RIEIRO C, TRIVIÑO-JUAREZ JM, ORTEGA-ORDUÑEZ MA, BUENO- H, FERNANDEZ-AVILES F, RODRIGUEZ-PEREZ P.

HOSPITAL GENERA UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios con su trabajo en la unidad de cardiología de alta resolución del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (UCAR), comparado con el modelo de consulta tradicional. Conocer el nivel de satisfacción de los médicos de atención primaria (MAP) que derivan pacientes a la UCAR. Determinar los aspectos de mejora tanto del funcionamiento de la consulta como de la relación entre los dos niveles asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo del nivel de satisfacción evaluado mediante encuestas: en octubre de 2010, a los médicos de 13 equipos de atención primaria, haciendo hincapié en aspectos comunicativos entre niveles asistenciales ; en enero de 2011 , a los 31 profesionales de la UCAR, valorando el funcionamiento de la misma comparado con el modelo tradicional de consulta. Ambas encuestas incluían, además, preguntas abiertas para realizar quejas y/o sugerencias.

RESULTADOS:

En relación con los MAP, se recibieron las encuestas de 101 médicos (tasa de respuestas: 56,7%). El 80% de los encuestados se declararon satisfechos/muy satisfechos con la UCAR, el 84,8% recomendaría esta consulta a otros profesionales y el 81,8% consideraba que la consulta había mejorado con respecto al modelo anterior. Entre los aspectos peor valorados, destacaron la baja satisfacción relacionada con la accesibilidad y comunicación con los especialistas de la UCAR. Por parte de los profesionales de la UCAR, la tasa de respuesta fue del 63,6% (21 encuestas), declarándose satisfechos/muy satisfechos con

la fórmula de trabajo un 85,7% del personal encuestado y el 85,7% recomendaría una consulta como la UCAR a otros profesionales.

DISCUSIÓN:

Este estudio ha permitido obtener una visión de conjunto de la elevada satisfacción de los profesionales implicados en el funcionamiento de la UCAR así como identificar áreas de mejora a incluir en posteriores intervenciones, especialmente aquellas relacionadas con la comunicación entre los dos niveles asistenciales.

C160.- MANEJO ADECUADO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿QUÉ MÁS QUIERO SABER?.

IRAOLA-SIERRA B, SILVESTRE-BUSTO (*) C, GONZALEZ-ZUMETA AJ, ATORRASAGASTI-URRESTARAZU Y, MENDINUETA-AGUINAGA I, GAMINDE-INDA I.

OSAKIDETZA-COMARCA GIPUZKOA EKIALDE. DONOSTIA-SAN SEBASTIAN.

OBJETIVOS:

Mejorar de los resultados en salud del paciente diabético tipo 2 en la Comarca; detectar barreras a la insulinización en profesionales y pacientes; desarrollar un plan de formación específico para profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio cualitativo para descubrir barreras a la insulinización entre los diferentes agentes implicados (3 grupos: pacientes, médicos y enfermeras). Se elaboró una encuesta para conocer las necesidades de formación de los profesionales, y el interés por asistir a talleres de profundización sobre el tema. Se realizó un taller básico, dirigido a médicos y enfermeras conjuntamente, en todos los centros de salud de Comarca Ekialde, sobre actualización en el manejo de pacientes con diabetes tipo 2: las intervenciones que se deben realizar con el paciente desde su debut, durante el proceso de su enfermedad y los campos a abordar por medicina y enfermería. En la misma sesión se presentaron los resultados del estudio cualitativo y los asistentes respondieron la encuesta elaborada previamente. Se posibilitó la inscripción la inscripción a los talleres.

RESULTADOS:

1. DEL ESTUDIO CUALITATIVO Todos los grupos opinan que no están insulinizados todos los pacientes que debieran. Tanto médicos como pacientes posponen el inicio de la insulinización y tienden a agotar el tratamiento oral. Existe variabilidad en la práctica de la insulinización entre centros y equipos, unos no la practican por miedo a las hipoglucemias, desconocimiento, falta de hábito y falta de apoyo de enfermería. Los pacientes al principio rechazan la enfermedad, perciben la insulinización como “un punto en

el que la enfermedad se precipita". 2. DE LA ENCUESTA Respondieron 68 profesionales. El 85,3% afirma que corresponde al médico de familia-enfermera insulinizar a un paciente cuando procede, el 7,4% que al endocrinólogo y el 4,4% considera que conjuntamente a médico de familia-enfermera y endocrino. El 83,8% están interesados en talleres sobre los siguientes temas: Manejo práctico de las insulinas 41,2%, Comunicación con el paciente diabético:39,7%, Trabajo en equipo:36,8%, Farmacología de la diabetes:23,5% y Dietética:81% El 1,5% cree tener a sus pacientes correctamente insulinizados y no necesita más formación. El 88,2% considera que los talleres facilitan la insulinización en la práctica clínica. Nadie se manifiestó de forma negativa.

DISCUSIÓN:

Los resultados del estudio nos permiten diseñar formación específica de acuerdo con las necesidades detectadas y con la evidencia previa de que un alto porcentaje de pacientes diabéticos tipo 2 no tiene un control adecuado de la glucosa. Los contenidos de mayor interés son: dieta y ejercicio, técnica del pinchazo, actualización guías clínicas, glucagón. Para facilitar la insulinización en A.P. los profesionales demandan mejorar el manejo de insulinas, trabajo en equipo médico-enfermera, existencia de protocolos, mejorar la aceptación de los pacientes, disponer de más tiempo y adquisición del hábito de insulinizar.

C161.- DESCANSO NOCTURNO EN HOSPITALIZACIÓN. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INMEDIATA PRE-ALTA: OPORTUNIDADES DE MEJORA.

SABATER-RAGA R, ALOY-DUCH A, FUSTÉ-BALLÚS C, GARCÍA-SÁNCHEZ D, NIETO-MARTÍNEZ R, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Describimos, en pacientes hospitalizados con patologías agudas utilizando una encuesta anónima realizada inmediatamente antes del alta hospitalaria, los resultados de un estudio prevalente de satisfacción evaluando el descanso nocturno, que incluye indistintamente los conceptos de dormir y/o descanso físico sin interrupciones destacadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro centro, de referencia comarcal, dispone de 365 camas. Durante el primer trimestre de 2011 y en 10 días consecutivos, varios profesionales de la Unidad de Atención al Usuario realizaron una encuesta a todos los pacientes de ese período en el momento inmediato previo a su alta, con el fin de averiguar qué problemas expresaban los usuarios sobre el descanso nocturno durante su estancia hospitalaria en todos los servicios, excepto en medicina intensiva. El tratamiento informático de la encuesta fue totalmente anónimo. Se calculó el tamaño muestral adecuado.

RESULTADOS:

Se encuestaron 157 pacientes, ingresados 26 (17%) en medicina interna, en cirugía general 23 (15%), en traumatología 26 (17%), en geriatría 12 (8%), en ginecología y obstetricia 45 (29%), y en pediatría 14 (9%). El propio paciente respondió la encuesta en 126 (81%) casos. Previamente al ingreso 38 (25%) tomaban algún medicamento de soporte al descanso nocturno. No pudieron descansar durante la noche 34 (22%) pacientes del total, describiendo distintos problemas en 134 ocasiones como el ruido de los timbres en 43 (32%), los controles de constantes por enfermería en 28 (21%), los

compañeros de habitación/familiares en 18 (13%), el dolor en 12 (9%), la ansiedad/miedo en 10 (7%), u otros en 23 (18%). Sin embargo y de modo general, el grado de satisfacción sobre el descanso en el hospital fue de 7,8 ± 1,6 (media entre 1 y 10).

DISCUSIÓN:

Coincidiendo con los aspectos más negativos de las encuestas generales de satisfacción en nuestro país, los aspectos para-asistenciales y, entre ellos, el descanso nocturno, siguen insatisfaciendo mucho más a nuestros pacientes que los aspectos propiamente asistenciales, relacionados con el diagnóstico o el tratamiento, o de información y trato. En 2011 los resultados globales de satisfacción con el descanso nocturno corroboran los resultados previos de 2006 y 2009 manteniendo un nivel similar de satisfacción con el mismo.

C162.- PERCEPCIÓN DEL USUARIO, UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS.

ESCOBAR-UBREVA A, FERNÁNDEZ-BERMEJO MC, BUIZA-CAMACHO B, GALLEGO-DÍAZ M.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

El Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias, promovido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, pretende ser un instrumento para mejorar la confianza y garantía de los sitios web que realizan el proceso de acreditación, con el fin de reconocer la calidad de sitios web de información sanitaria. Se estableció como objetivo conocer y analizar las debilidades y fortalezas de este programa, desde la perspectiva del usuario, medidas a través de sus intereses, expectativas y calidad percibida de los que han concluido el proceso, permitiendo medir el gap de la calidad del programa (servicio esperado vs. servicio recibido).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se partió de un estudio cuantitativo utilizando como instrumento de recogida de datos un doble cuestionario: de expectativas y de calidad percibida. La población objetivo de estudio fueron los responsables de páginas web con proyecto en curso o finalizado durante 2010, habiéndose recibido un total de 28 cuestionarios (tasa de respuesta 100%). El primer cuestionario contemplaba como dimensiones de análisis las expectativas y el conocimiento del programa y de la entidad. El segundo cuestionario recogía como dimensiones la adecuación de este programa a los intereses del usuario, claridad en la redacción de estándares, utilidad de estándares para la mejora continua, utilidad del proceso para mantener y mejorar el nivel de confianza de la página, aspectos mejorables del programa e intuitividad de la aplicación ME_jora W, que soporta el proceso. Posteriormente, se realizó un estudio cualitativo de las consultas más frecuentes de los usuarios sobre los criterios recogidos en

el programa y las discrepancias en las respuestas obtenidas durante la fase de evaluación.

RESULTADOS:

En relación a las expectativas e intereses, un 65% de los encuestados creía que el programa se adecuaba bastante a sus intereses, siendo la "mejora continua de la página web" la expectativa a alcanzar. Un 67% de los usuarios afirmaba que los estándares recogidos en el programa eran de utilidad para orientarles hacia la mejora continua y les ayudaba a mantener y mejorar la confianza de su página web. Sin embargo, sólo un 33% de los usuarios opinaba que los estándares estaban claramente redactados. En cuanto a la aplicación, ME_jora W, más de la mitad de los encuestados la consideraba muy intuitiva. Los aspectos mejorables que destacaron fueron: talleres informativos, ejemplos prácticos, términos más claros y actualización de conceptos.

DISCUSIÓN:

Partiendo de los resultados obtenidos se identificaron elementos potencialmente mejorables del programa, incluyendo: revisión de criterios y evidencias del manual que soporta la acreditación, actualización de evidencias y creación de banco de ejemplos y referencias para cada criterio a evaluar. El análisis crítico del programa se consolida como una herramienta de evaluación continua que aporta información relevante que permite garantizar un servicio de calidad, actualizado y útil desde la perspectiva del usuario.

C163.- NIVEL DE SATISFACCIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA POR LAS PUÉRPERAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

ARMERO-BARRANCO M, GARCÍA-AROCA M, DÍAZ-VELÁZQUEZ B, LÓPEZ-IBÁÑEZ M, MARTÍNEZ-ROMERO C, HELLÍN-MONSTERIO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

En diciembre de 2010, finalizamos el Ciclo de Mejora que se inició en las plantas de puérperas de nuestro Hospital, tras los resultados obtenidos por el Servicio Murciano de Salud en 2009, que nos trasmitieron un alto porcentaje de madres insatisfechas por la información recibida en planta, de los cuidados y la alimentación que debían dar a su hijo. Nos planteamos posteriormente la monitorización sistemática de este aspecto sometido a Ciclo de Mejora para: Asegurar que se mantiene la mejora conseguida. Identificar la existencia o nó de situaciones problemáticas. Controlar que estamos en unos niveles de calidad preestablecidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Abril de 2011 se realiza la 1ª Monitorización. Para la obtención de casos se utiliza muestreo aleatorio simple y para la obtención de datos se realiza una encuesta autoadministrada con una pregunta de respuesta dicotómica (si/no), equivalente al Indicador utilizado en las encuestas realizadas por el Servicio Murciano de Salud, pertenecientes a Calidad percibida y satisfacción de Indicadores de Calidad en servicios obstétricos: "Al llegar a planta,¿ le explicaron con claridad los cuidados y la alimentación que debía dar a su hijo?". Nuestro plan de monitorización consiste en el Muestreo para la Aceptación de Lotes (LQAS) y como Índices de Calidad: el Nivel de Calidad Aceptable(AQL) y el Nivel de Calidad Limitante(LQL). El Marco Muestral: madres ingresadas en las Unidades de Puérperas.

RESULTADOS:

Nos marcamos un AQL del 95% y un LQL del 85%, con un Riesgo α =5% y un Riesgo β =10%, por lo que según las Tablas LQAS, necesitamos una muestra de n=67 y un nº

decisional de d=60. Tras la Monitorización, los resultados de la medición fueron: 61 (91%) Cumplimientos y 6 (9%) Incumplimientos, comprobando por tanto que los valores obtenidos están dentro de los esperados porque el Estándar AQL se cumple y en consecuencia podemos decir que no estamos ante un problema de Calidad.

DISCUSIÓN:

A pesar de que este estudio demuestra que no tenemos identificada una Situación Problemática y que estamos en unos Niveles de Calidad preestablecidos, la Monitorización Sistemática Planificada, es necesaria para asegurarnos que el diseño de las medidas correctoras implantadas estaban bien adaptadas al problema detetectado y el Área de mejora conseguida en nuestro Ciclo de Mejora se mantiene y poder identificar en el caso de que no se mantengan un Servicio con Calidad deficiente.

C164.- ¿DÓNDE ESTAMOS? DIAGNÓSTICO DE LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO.

REQUENA-LOPEZ A, SANCHO-PELLICER A, JIMENEZ-AUSEJO L, FERNANDEZ DE RETANA-ROYO E, SALCEDO-DE DIOS S, GARCIA-MURILLO S.

061 ARAGON. UME. ALCAÑIZ (TERUEL).

OBJETIVOS:

La utilización de la Ventilación No Invasiva (VNI) en los servicios de emergencia prehospitalarios está alcanzando cada vez mayor relevancia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. Como paso previo a la instauración de un proyecto de mejora en VNI, nuestro objetivo fue conocer el nivel de conocimientos, utilización y opinión del uso de la VNI en el personal sanitario de nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta de opinión elaborada ad hoc con 10 preguntas cerradas y 2 abiertas sobre categoría profesional, antigüedad en prehospitalaria, ámbito asistencial, experiencia en VNI (número de pacientes tratados, Motivos de no aplicación), Participación en cursos sobre VNI, indicaciones de aplicación, opinión del nivel propio y nivel general de conocimientos sobre VNI, y necesidad de formación específica. Se envió la encuesta, vía correo electrónico, a las bases, a sus coordinadores y mailing personalizado a los profesionales de las mismas. Análisis Estadístico: Análisis de frecuencias y comparación de variables (chi cuadrado) por SPSS.

RESULTADOS:

Índice de participación del 35,9% (n: 56). El 64,3% eran médicos y el resto enfermeros. El 67,8% (n: 38) llevan más de 5 años trabajados en la prehospitalaria. Casi dos tercios de la muestra (64,3%) pertenecen a unidades periféricas (no urbanas). Cuando se pregunta que describan indicaciones para aplicar VNI, el 92,9% (n: 52) respondieron con 1, 2 ó 3 indicaciones. El 51,8% (n: 29) lo han aplicado en alguna ocasión (el 55,2% entre 1 y 2 veces), sumando un total de 89 pacientes. Un 62,5% (n: 35) reconocen algún paciente atendido en el que estuviera indicado y no se aplicó; entre los motivos: falta de

formación (23), falta de material (7), cercanía al hospital (12) y otros (10): no asegurar continuidad de VNI en Urgencias, mejoría con tratamiento farmacológico o no se indicó VNI, como los más frecuentes. La opinión sobre el nivel propio de conocimientos sobre VNI es de bajo-muy bajo para el 47,3% (26) de los encuestados que asciende al 64,3% (36) cuando se pregunta sobre el nivel general. El 40% ha asistido a un curso sobre VNI en el último año. El 100% asistiría a un curso específico sobre VNI.

DISCUSIÓN:

Los profesionales de nuestro servicio reconocen carencias en conocimientos sobre VNI y demandan formación específica. Dicha formación ha de ser aplicada al ámbito prehospitalario y con los dispositivos disponibles en las unidades. Así mismo, es prioritario conocer la situación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios, y trabajar a la par, para asegurar una continuidad de cuidados en pacientes que necesiten VNI y se aplique desde el ámbito prehospitalario.

C165.- VARIABLES DE CALIDAD PERCIBIDA RELACIONADAS CON LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

PARRA-HIDALGO (1) P, MÁS-CASTILLO*(1) A, BERMEJO-ALEGRÍA(2) R, HIDALGO-MONTESINOS(2) MD.

1SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL 2UNIVERSIDAD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Identificar las variables de calidad percibida que se relacionan con la satisfacción y la influencia de las variables sociodemográficas en los niveles de satisfacción del usuario de las urgencias hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta telefónica con cuestionario de elaboración propia, validado previamente, a una muestra de 3.600 usuarios de los servicios de urgencias de 9 hospitales públicos durante los años 2008 y 2009. Análisis descriptivos univariados de frecuencias y porcentajes en las variables sociodemográficas. Además de análisis de tablas de frecuencias bivariadas entre el nivel de satisfacción general del usuario y las variables de calidad percibida y sociodemográficas. Tratamiento estadístico de los datos mediante SPSS 15.0 (SPSS, 2006).

RESULTADOS:

Se encontró una correlación media y media-alta de la satisfacción de los pacientes con variables relacionadas con el trato percibido y el nivel de competencia profesional. No se hallaron diferencias respecto al sexo. Se observaron diferencias en satisfacción en función del nivel de estudios de los pacientes de modo que a mayor nivel de estudios hay menor nivel de satisfacción. De forma similar, la edad interviene en la valoración del servicio, observando mayor satisfacción al incrementarse la edad del individuo. No se encuentra relación entre gravedad declarada por el paciente y la satisfacción.

DISCUSIÓN:

El cuestionario de satisfacción en urgencias es un instrumento útil para evaluar y mejorar la calidad asistencial. Los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario permitieron identificar las áreas dónde implantar acciones correctoras mediante la identificación de las variables que influyen sobre la satisfacción del paciente de urgencias, así como la identificación de posibles factores de confusión a controlar para su utilización en la comparación de resultados entre diferentes hospitales.

C166.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN EN UN GRUPO SANITARIO, SOCIAL Y EDUCATIVO.

BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, COLOMÉS-FIGUERA LL, PRATS-FIGUERA E, NUALART-BERBEL LL, BRIANSO-FLORENCIO M, BESORA-CUNILLERA JA.

GRUP SAGESSA. REUS.

OBJETIVOS:

Evaluar el sistema de notificación no punitivo, voluntario y anónimo, tanto desde el punto cuantitativo como cualitativo tras 5 años de implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realización de un estudio descriptivo y retrospectivo de las notificaciones al buzón de incidentes (octubre 2005-abril 2011) Estudio cuantitativo: Nº de notificaciones (grupo, ámbito y centros), tipos de error notificados y categoría del incidente según repercusión en el paciente. Desde el punto de vista cualitativo, aplicación por parte del grupo GANBI (grupo de análisis de notificaciones al buzón) de una escala de valoración que revisa los siguientes criterios: grado de cumplimentación, claridad y sencillez de descripción inicial, descripción de los factores causales, congruencia de la atribución del nivel de gravedad y propuesta de soluciones para prevenir casos similares.

RESULTADOS:

N. notificaciones: 1133. 5,7% no pertinentes. Tipos de error: 13,62% en identificación de pacientes, 0,89% omisión, 5,13% medios disponibles, 0,89% dieta, 22,54% procedimientos, 0,45% transporte de muestras biológicas y pruebas, 54,46% prescripción y administración de fármacos y 0,45% otros factores. Categoría del incidente: 20% hechos o circunstancias que pueden ser causa de error, 69% incidentes inocuos, 8% ha causado daño temporal y reversible, 3% errores graves. Puntuación media de la calidad de la comunicación: 6,71 sobre 10. Oscilando según centros de 5,3 a 8,5. Por criterios: grado de cumplimentación 0,87 sobre 1, claridad y sencillez de la descripción inicial 0,85 sobre 2, descripción de los factores causales o que pudieron contribuir al incidente 0,48 sobre 3, congruencia de la atribución del nivel de gravedad 0,81

sobre 1 y propuesta de soluciones para prevenir casos similares 0,37 sobre 3.

DISCUSIÓN:

Este sistema de notificación de nuestra organización, aplicado en todos loa ámbitos, ha permitido detectar áreas de mejora dentro del ámbito de la seguridad clínica. La valoración resulta positiva, aunque si queremos proponer, la necesidad de seguir realizando formación a los profesionales de forma periódica para incentivar a la notificación y mejorar la calidad de la misma, factibilizando un mayor número de RCA. Algunas de estas formaciones de 8 horas de duración, ya están programadas en el 2011. Además, hemos de mejorar el feedback con los profesionales en cuanto a la difusión de la implementación de las mejoras. En la actualidad, se realizan periódicamente sesiones en los centros, se publican alertas según causas más frecuentes de notificación o casos centinela. Pero, se propone publicar a más a más de en el espacio de SC de la página web, un resumen en la página de acceso a la web de las mejoras de mayor impacto y facilitar el benchmarking en el resto de los centros.

C167.- ¿ORGULLOSOS DE PERTENECER A LA EMPRESA?, PUES SÍ; PERO BROMAS… ¡¡LAS JUSTAS!!.

GARCÍA-OREA- MA, GARCÍA-AÍSA- JC, ALTARRIBAS-BOLSA E, MORENO-NÚÑEZ P.

UNIDAD DE CALIDAD DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Conocer la opinión de los trabajadores del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) en relación a su satisfacción laboral, para identificar áreas de mejora e introducir las acciones oportunas. En esta comunicación se presentan los resultados obtenidos en 2010 y su evolución desde 2004.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En 2004 se realizó una encuesta dirigida a todos los profesionales de atención primaria de SALUD. Se exploraba la satisfacción laboral, la estructura organizativa y la comunicación interna. El análisis de resultados aconsejó generalizarla a todos los trabajadores de SALUD y simplificar su contenido. Así se hizo en 2005. En 2006 se suprimió alguna pregunta y se añadieron cuatro, dos fruto de aportaciones recogidas en la pregunta abierta de 2005 y dos referentes a medidas puestas en marcha para la conciliación de la vida familiar y laboral. En 2007 se validó el cuestionario y, desde entonces, se mantienen 20 preguntas sobre satisfacción, 6 preguntas sobre seguridad clínica, 3 preguntas de perfil del encuestado y una pregunta abierta doble (aspectos positivos y negativos). Anualmente, la Gerencia de cada Sector envía el cuestionario de manera personalizada a todos los trabajadores, tanto del ámbito asistencial como del administrativo, recordándoles que los resultados del año precedente están disponibles en la Intranet de SALUD.

RESULTADOS:

El índice de respuesta se ha estabilizado en torno al 15%. En general, los profesionales de Salud tienen una percepción positiva de su trabajo y se sienten orgullosos del mismo (89%), conocen sus responsabilidades y funciones (92%) y consideran que vale la pena esforzarse (78%). Dos tercios de los encuestados manifiestan no

recibir o recibir poca información de los resultados de su trabajo, ni participar en las decisiones relativas a su centro, y la mitad de los trabajadores dicen conocer poco o nada sobre los objetivos del contrato de gestión. La mitad considera que no cuenta con el apoyo de sus jefes, ni siente reconocido su esfuerzo. La formación recibida para el puesto satisface al 55% de los encuestados. También cerca de la mitad no encuentran su lugar de trabajo cómodo física o ambientalmente. El 75% de los trabajadores están orgullosos en mayor o menor medida de pertenecer al SALUD.

DISCUSIÓN:

Valorando el conjunto de respuestas, los puntos clave de mejora del clima laboral siguen centrados en la motivación y la comunicación. Y, derivados de la misma, en la atención a las necesidades formativas, a la adecuación de recursos humanos, a la organización del trabajo, y a la difusión de objetivos, resultados, ofertas de formación, etc. sin menoscabo de otros puntos como la comodidad del lugar de trabajo. Estas líneas de mejora son comunes en todos los ámbitos, centros y sectores sanitarios del SALUD. También han de extenderse a todas las categorías profesionales, incluyendo especialmente a los grupos C, D y E; teniendo en cuenta, además, que estos grupos son los que se sienten más orgullosos de pertenecer a la organización.

C168.- CONOCIMIENTOS SOBRE PROFILAXIS EN EL TRATAMIENTO DE URGENCIAS. MEJORA EN EL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA.

VIVES-HERNÁNDEZ JJ, REINA-NICOLAS IM, TUDELA-DE GEA MB, LILLO-GARCIA I, ALCARAZ-MARTINEZ J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Valorar la mejora en conocimientos sobre profilaxis frente a enfermedad tromboembólica (ETE) y uso de gastroprotección en pacientes a los que se pauta AINEs al alta desde urgencias por los residentes de las diferentes especialidades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En la primera semana de residencia el año pasado y este año se realiza la acogida por parte de algunos servicios del Hospital. En la parte de Seguridad del paciente se realizó una encuesta sobre conocimientos frente a tratamiento de profilaxis frente a ETE y gastroprotección, entregándose una ficha de bolsillo con las indicaciones, según los dos protocolos vigentes en el Hospital. Este año se ha vuelto a repetir la misma encuesta a los residentes que ya la realizaron el pasado año con el fin de compararla con los resultados de los de nueva incorporación. En este cuestionario, además de preguntar por la utilidad de la ficha en este primer año, se volvían a realizar las mismas 11 preguntas (6 sobre ETE y 5 sobre protección gástrica) sobre casos prácticos. En este trabajo se comparan los resultados de los R2 con los R1 de nueva incorporación.

RESULTADOS:

Se han analizado 25 cuestionarios de residentes de nueva incorporación y 13 de los de segundo año, que estuvieron presentes en la charla del año anterior. Del total de los encuestados este año, sólo 1 contestó correctamente a las 11 preguntas (4%) mientras que 8 (61,5%) de los de segundo año tampoco tuvieron fallos. Del total de preguntas, aunque mejoró el porcentaje de respuestas en todas, se produjo de forma estadísticamente significativa en 3 de las 6 sobre prevención de la ETE y sólo en 1 de las 4 sobre gastroprotección.

DISCUSIÓN:

Atendiendo a estos resultados, los conocimientos sobre tratamiento de profilaxis son mejores al año de comenzar la residencia que al inicio de la misma. Han mejorado más sobre prevención sobre ETE que sobre gastroprotección en pacientes con AINEs.

Sesión de Comunicaciones III

Sala Clares

Continuidad

C169 – C178

C169.- CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG) EN CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM).

OLMOS-VILLAPLANA E, DÍAZ-GARCÍA I.

CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Dentro de las directrices de la Consejería de Sanidad de implantar un sistema de gestión de calidad mediante procesos y el compromiso de la Subdirección General de Salud Mental de Murcia en su aplicación priorizando la continuidad asistencial, presentamos el desarrollo de dicho proceso elaborado en nuestro centro. General 1.Asegurar la continuidad de los cuidados a pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en CSM. Específicos 1.Desarrollar el proceso que facilite el paso del paciente desde el Programa de Adultos (PA) a Unidad de Rehabilitación (UR), implicando al paciente/familia en el proceso asistencial. 2.Mejorar la adherencia a UR. 3.Formalizar informe de alta del programa de UR como instrumento clave para la continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Análisis de la situación. Debilidades y oportunidades de mejora 2. Elaboración del proceso de derivación interna y coordinación PA/UR 3. Diseño de un modelo de informe de alta de UR. 4. Evaluación: indicadores.

RESULTADOS:

1. El proceso de derivación interna y coordinación llevado a cabo con la participación de los equipos de ambos programas consistió en: * Proporcionar desde el PA, información al paciente y familia del tratamiento integral de su patología, enfatizando la importancia de las intervenciones psicosociales en el mismo, determinando el rol de cada uno de los profesionales e informando de la finalidad y características de la UR cuando se considere un recurso adecuado. * Acompañar al paciente y a la familia en el primer contacto con el equipo de rehabilitación * Efectuar un seguimiento durante la fase de enganche al programa de rehabilitación. * Proceder al alta del PA una vez conseguida la adherencia a UR. 2. Durante el periodo

evaluado (6 meses) se consiguió agilizar el proceso de derivación con una disminución del tiempo transcurrido desde la misma hasta la acogida en UR en 30 días y una adherencia a UR del 100%, que supuso un incremento del 50% con respecto al mismo periodo del año anterior. 3.Formalización del Informe de Alta de la UR, diseñado para recoger las características propias del Programa de Rehabilitación de salud mental, asegurando la continuidad asistencial desde UR a programa de adultos. Dicho informe fue aceptado por la Comisión Regional de Rehabilitación de Salud Mental para su implantación en todos los centros de la Región.

DISCUSIÓN:

El empleo de la metodología de procesos facilita la identificación, desarrollo y evaluación de los procesos clínico- asistenciales, permitiendo la detección de oportunidades de mejora, garantizando la continuidad de cuidados y contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial.

C170.- EXPERIENCIAS EN FISIOTERAPIA CON ASPECTOS RELATIVOS A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y EL GRADO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL.

MEDINA-MIRAPEIX F, ESCOLAR-REINA P, OLIVEIRA-SOUSA SL, SOBRAL-FERREIRA M, MONTILLA-HERRADOR J, DEL BAÑO-ALEDO ME.

UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Explorar que aspectos de la continuidad asistencial influyen en el grado de recuperación funcional de pacientes en Fisioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un diseño de encuesta a pacientes recibiendo Fisioterapia. A los pacientes se les pidió que valoraran su percepción sobre su grado de recuperación funcional y que completaran un cuestionario que pregunta sobre aspectos específicos de la asistencia relacionados con tres tipos de continuidad asistencial (informativa, relacional y de la gestión del proceso). La muestra incluyó a pacientes en Fisioterapia mayores de 18 años y con capacidad para responder un cuestionario. Se entregaron 258 cuestionarios a partir de la tercera semana de tratamiento, y durante un periodo de 8 meses. Se contestaron 218.

RESULTADOS:

Aproximadamente una cuarta parte de los participantes indicaron que ellos tuvieron baja o nula mejoría. Ni la edad ni el sexo se relacionaron con esta valoración. Un modelo univariante de regresión logística indicó que las personas con alto porcentaje de problemas asistenciales con relación a la flexibilidad o a la consistencia entre proveedores, ambas áreas de la continuidad de gestión, tuvieron más probabilidad de tener baja o nula mejoría, en concreto un OR de 9,1 (2,8-9,2) y de 3,8 (1,4-10,5) respectivamente. Sin embargo, el análisis multivariante reflejó que la flexibilidad en la adaptación del proceso de recuperación es el que tiene mayor importancia relativa sobre la recuperación. No obstante, primero, este último modelo sólo explicó el 17,5% de la variabilidad que presentó la muestra, y segundo, muchos pacientes que valoraron

mejoría en su grado de recuperación también indicaron problemas en experiencias relativas a continuidad.

DISCUSIÓN:

La evidencia sugiere que las experiencias relativas a aspectos de la asistencia relativos a la flexibilidad de la atención y la consistencia entre proveedores influyen en la percepción del grado de mejoría. Por contra, el grado de mejoría en la recuperación funcional no constituye un indicador de la continuidad asistencial. Muchos pacientes muestran mejorías notables a pesar de que tienen experiencias negativas relacionadas con la continuidad asistencial. Así, las preguntas sobre aspectos concretos de la experiencia de los pacientes en los centros de Fisioterapia puede ser mejor opción para medir aspectos de la asistencia.

C171.- ADECUACIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES SOCIOSANITARIOS: ESTANCIAS EVITABLES, REDUCCIÓN DE COSTES Y COOPERACION ENTRE SISTEMAS.

VALVERDE-CITORES RM, LANZETA-VICENTE I, ARANZAMENDI-PERAITA A, ORTIZ DE ZARATE-CARRILLO E, GUAJARDO-REMACHA J, LANDALUCE-LAUZURICA JI.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA. ZUMARRAGA.

OBJETIVOS:

El crecimiento de los servicios sociales que la Ley de Dependencia es causa, en ocasiones, de duplicidades, ineficiencias y descoordinación entre sistemas más aún cuando se parte del sistema sanitario público hasta ahora muy diferenciado de la atención socio-sanitaria. Conscientes, pues de esta y otras situaciones relacionadas con esta situación, desde el hospital nos planteamos: Conocer el porcentaje de pacientes ingresados con necesidades sociales o sociosanitarias Realizar un estudio descriptivo sobre las estancias no sanitarias que generan este tipo de pacientes en nuestro centro y analizar las causas. Correlacionar los datos obtenidos en el estudio anterior con los datos obtenidos a través del CMBD y GRD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio descriptivo incluyendo el total de pacientes dados de alta en el año 2010 y estancias generadas así como el estudio analítico, de concordancia entre los datos obtenidos en estudio anterior y los obtenidos del CMBD. La cuantificación de los pacientes con necesidades sociales/sociosanitarias ingresados en el hospital se ha realizado a través de los registros del Servicio de Asistencia Social del centro. Las variables que se han tenido en cuenta han sido: - Fecha de informe de asistente social - Fecha de petición de solicitud del recurso social/sociosanitario - Fecha de alta administrativa del paciente - Destino - Días sociales generados - Causas/incidencias que generan la demora - Códigos CIE-9-MC del V60.0 al V66.9, excluyendo el V64 y V65 - GRD.

RESULTADOS:

No se ha podido realizar una correlación con el CMBD por datos incompletos en el registro ni codificación V60. Más del 50% de los informes de pacientes a los que se solicita recurso no tiene diagnóstico lo que produciría retrasos en su gestión. Más del 60% de los pacientes tienen un grado de afectación cognitiva moderada-grave añadiendo complejidad a la gestión. El 50% de diagnósticos más frecuentes de estos pacientes está relacionado con el sistema nervioso, sistema circulatorio y las fracturas (cuello de fémur en su mayoría), si bien esto no es concluyente debido al alto porcentaje de diagnósticos sin codificar. La cuantificación económica realizada de estancias evitables generadas podría verse aumentada ya que unl porcentaje de estos pacientes tiene patología asociada.

DISCUSIÓN:

Es necesario un correcto registro de los datos de CMBD poder conocer qué tipo de pacientes con este perfil sociosanitario se está atendiendo en el hospital. Son imprescindibles: - La gestión de este tipo de pacientes mediante una coordinación interinstitucional ya que ello podría provocar ineficiencias en la gestión tanto de recursos como del propio paciente - La implicación directa del paciente y/o sus familiares en todo su proceso, facilitando así una adecuada gestión de recursos ya que la atención de personas/pacientes mayores con pluripatología y dependencia podría beneficiarse de una atención alternativa sociosanitaria más adecuada a su situación.

C172.- EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS. LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.

LOPEZ-ORTIZ M, MARTINEZ-MAGUNACELAYA J, VALENCIANO-GONZALEZ A, VILLALABEITIA-JIMENEZ I, RODRIGUEZ-ITURRIZAR A, PEREIRA-RODRIGUEZ C.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se encuentra inmerso en una reconfiguración del modelo asistencial al objeto de afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi siendo la integración de servicios asistenciales uno de los ejes de la estrategia de cronicidad. El objetivo del presente trabajo es realizar una evaluación del proyecto de integración de organizaciones sanitarias especializadas del ámbito de la salud mental en Bizkaia, a través de un marco que permita sistematizar el análisis de la eficiencia y la continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los Servicios Centrales de Osakidetza y el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (o+Berri) han establecido un marco evaluativo de experiencias de integración asistencial al objeto de evaluar todos los elementos implicados en la experiencia de integración. La RSMB ha adaptado dicho marco al ámbito de la Salud Mental y a su estrategia de integración. Realiza una primera evaluación distribuyendo los ítems a valorar entre el Equipo Directivo (Eje1 ESTRUCTURA: Estrategia, Organización funcional, Recursos humanos y Recursos Económicos), la Comisión Asistencial (Eje 2 PROCESOS: Gestión de procesos asistenciales, Eje 3 RESULTADOS: Indicadores de resultados asistenciales) y los equipos de procesos asistenciales (Indicadores de resultados asistenciales). Cada equipo consensúa los principales logros y acciones futuras para avanzar en la integración. La evaluación del Eje 3 se centra en la discusión de los indicadores propuestos (idoneidad y factibilidad) y en su priorización. Con toda la información se elabora un informe preliminar

que es revisado y validado por el Equipo Directivo de la RSMB.

RESULTADOS:

La primera experiencia de evaluación de la integración de la RSMB muestra un alto grado de avance en Estructura (estrategia única, alianzas sociosanitarias, organigrama matricial con dirección única, comisiones conjuntas, unidades de gestión clínica trasversales, presupuesto y contrato de gestión único); medio en Procesos (protocolos de derivación entre dispositivos, no se ha desarrollado prescripción conjunta, HC electrónica incipiente, carencias en comunicación interna); y bajo en Resultados principalmente debido a la falta de indicadores intermedios (de gestión de enfermedades y casos; coordinación/continuidad asistencial) y finales (efectividad clínica; calidad de vida de los pacientes). No se ha podido estudiar la satisfacción de pacientes y profesionales al encontrarse los cuestionarios en fase de validación.

DISCUSIÓN:

La evaluación de la efectividad de la integración de la RSMB va a permitir avanzar hacia un "sistema asistencial ideal". Señala el camino a seguir para desarrollar un modelo asistencial basado en necesidades de salud poblacional que coordina e integra la atención en un continuo. Además, es esperable que fomente la cultura evaluativa entre los profesionales asistenciales al incluir indicadores de resultado clínico.

C173.- VALIDEZ DE LA LECTURA DE RETINOGRAFÍAS A PACIENTES DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

LUEZA-LAMPURLANES C, TORRES-CLEMENTE E, CLEMENTE-ROLDÁN E, BUIL-VIDALLER JA, PUYOL-RAMI E, CHAVERRI-ALAMAN C.

EAP BINEFAR. BINEFAR.

OBJETIVOS:

La retinopatía diabética (RD) es la primera causa de ceguera en España. Su prevalencia estimada oscila entre 15-30% pacientes diabéticos, en función del tiempo de evolución y el tipo. Un diagnostico y tratamiento precoces mejoran la agudeza visual. La estrategia de cribado de la RD utilizando la imagen digital obtenida con cámara de retina no midriática comporta importantes beneficios frente al método tradicional, se considera la más apropiada por su sencillez de uso, alta sensibilidad, menor necesidad de recursos humanos y elevada rentabilidad social. Este proyecto tiene como objetivos reducir la incidencia de ceguera por retinopatía y/o retrasar su aparición; así como aumentar la cobertura de este servicio llegando a que todos los pacientes diabéticos de nuestra zona, estén explorados. Valorar la capacidad predictiva de la lectura de retinopatías no midriáticas de pacientes diabéticos entre oftalmólogos y un grupo de médicos de AP previamente sometidos a un proceso de adiestramiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proyecto comenzó a mediados de 2008 y se entrenó a dos médicos de AP en la lectura de retinopatías, los cuales valoran las imágenes tomadas y posteriormente éstas son valoradas por los oftalmólogos del hospital. Durante 2009 y 2010 se incluyó en el estudio a los diabéticos tipo 2 citados para cribado de retinopatía. Se excluyeron los pacientes que no acudieron a la cita en dicho periodo, los diabéticos tipo 1, las cegueras y los pacientes diagnosticados previamente de RD. Se ha calculado la captación del programa, la cobertura del cribado entre los diabéticos pertenecientes a nuestra zona, así como la prevalencia de RD en estos pacientes. Se analizó la capacidad predictiva de la lectura de retinografías entre los

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

RESULTADOS:

El año 2010 se ha citado a 700 pacientes, de los que 224 no acudieron a la cita (captación del programa del 68%), mientras que el año 2009 la captación fue del 73%. % de pacientes con retinografía en el cribado entre los diabéticos (sin retinopatía previa) incluidos en cartera de servicios: - Año 2009: 493 / 674 = 73,15% - Año 2010: 476 / 721 = 66,02% Prevalencia de RD en el cribado entre las retinografías realizadas: - Año 2009: 165 / 493 = 33,47% - Año 2010: 163 / 476 = 34,24% Sensibilidad de la lectura por médicos de AP: 96,1% (IC95%: 91,3%-98,4%) Especificidad de la lectura en AP: 62,9% (IC95%: 59,3%-66,4%) Valor predictivo positivo en AP: 34,9% (IC95%: 30,4%-39,7%) Valor predictivo negativo: 98,7% (IC95%: 97,1%-99,5%).

DISCUSIÓN:

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

C174.- GESTIÓN DE CALIDAD EN UN PROGRAMA RURAL DE CUIDADOS PALIATIVOS.

ATUNCAR-MENDOZA JF, GARCIA-GONZALEZ MA, ARANDA-ESCRIBANO M.

AREA DE GESTION SANITARIA SERRANIA DE MALAGA. RONDA.

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad de un programa de Cuidados Paliativos en el ámbito rural.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo transversal entre mayo 2008 y diciembre 2010. Fueron revisadas dos cientas historias clínicas pertenecientes a un programa de atención domiciliaria de cuidados paliativos, considerando edad, sexo, tipo de patología, lugar de procedencia, número de visitas domiciliarias/llamadas telefónicas realizadas, lugar de fallecimiento, utilización de vía subcutánea, atención al duelo, entre otros. Se identificaron problemas usando métodos de variables cuantitativas por un equipo interdisciplinario, priorización de problemas usando el método de Hanlon, y el análisis de causa-efecto de Ishikawa. Se elaboró una plantilla de criterios de calidad con indicadores y estándares. Se estimó el porcentaje de cumplimiento de criterios y las oportunidades de mejora usando el diagrama de Pareto. Como herramientas estadísticas para el análisis de datos se ha usado la hoja de cálculo Excel y el programa SPSS Statistics ver. 17,0.

RESULTADOS:

La edad media (± DE) de todos los pacientes fue 76,05 (± 11,66). En hombres fue 73,84 (± 12,26), en mujeres fue 78,98 (± 10,16). 125 pacientes (62,5%) procedían del núcleo rural y 75 (37,5%) de los 22 municipios restantes (diseminado). 161 pacientes (80,5%) presentaban patología oncológica, y 39 (19,5%) no oncológica. Se analizaron 13 criterios de calidad correspondientes a los 5 problemas prioritarios, de los cuales se identificaron 7 oportunidades de mejora.

DISCUSIÓN:

Obtenida la priorización de problemas, analizamos las causas haciendo uso de la espina de Ishikawa. Este estudio

se lleva cabo en plena vigencia del Plan de Cuidados Paliativos de Andalucía3 2008-2012, el mismo que dio origen a este programa estratégico. El Contrato Programa de la Consejería de Salud – Sistema Andaluz de Salud 2010-2013 considera Cuidados Paliativos un ámbito de actuación sanitaria de especial relevancia para la mejora de la salud o la mejora de los cuidados. Para finales de 2013 se habrá alcanzado los principales objetivos en los programas definidos como estratégicos. Con el tiempo, el programa de Cuidados Paliativos del área sanitaria habrá alcanzado madurez y será necesario una nueva evaluación, esto es, someterse a otro análisis de gestión asistencial equivalente. Para entonces, el Plan habrá culminado, estará vigente el II Plan de Cuidados Paliativos de Andalucía y el nuevo Contrato Programa estará próximo a emitirse.

C175.- SOMOS MÁS AMBULATORIOS ¿Y MÁS EFICIENTES? – EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) 2007-2010.

MARIÑO-FERNANDEZ MB, TAMAYO-CANILLAS ML, SILVA-MANZANO D, SOLIS-CAMINO P, ZAPICO-VAZQUEZ L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL ASTURIAS. OVIEDO.

OBJETIVOS:

La tendencia decreciente de ingresos hospitalarios, la disminución de estancias y el aumento tanto de la cirugía sin ingreso como de otras modalidades de atención ambulatoria, hace que los hospitales seamos más ambulatorios. ¿Y más eficientes?. Basándonos en el sistema de información del HUCA que soporta el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), nos planteamos valorar: 1. Cambios en la eficiencia de la hospitalización 2. Impacto en atención ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizan SIAE y CMBD de hospitalización y cirugía ambulatoria. El análisis de casuística se realiza con Clinos e IAmetrics. Se seleccionan los indicadores disponibles más adecuados.

RESULTADOS:

Se exponen los resultados agrupados (cierre anual 2007-2008-2009-2010): HOSPITALIZACIÓN Ingresos: 39.521 – 40.050 – 40.227 – 38.798 Estancia media: 9,8 – 9,5 – 9,1 – 9 Camas funcionantes: 1.262 – 1.244 – 1.200 – 1.161 Índice de ocupación: 83,8 – 83,3 – 83,7 – 82,8 Peso: 1,8158 – 1,9472 – 1,9508 – 2,0273 IEMA: 1,08 – 1,06 – 1,03 – 1,07 Índice de estancias ajustado por riesgo (IEAR): 1,19 – 1,13 – 1,08 – 1,06 ACTIVIDAD QUIRÚRGICA Intervenciones quirúrgicas con ingreso: 15.258 – 15.624 – 16.050 – 15.594 Intervenciones quirúrgicas ambulatorias + procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano: 20.246 – 19.742 – 21.024 – 20.730 Índice de sustitución ambulatoria: 54,49 – 62,68 – 61,42 – 64,77 Índice de cirugía sin ingreso ajustado (ICSIA): 0,9038 – 0,9494 – 0,9647 – 1,0379 ACTIVIDAD

AMBULATORIA Primeras consultas: 185.602 – 194.090 – 201.819 -200.212 Consultas de alta resolución: 3.415 – 4.227 – 4.224 – 5.936 Tratamientos en hospitales de día: 41.791 – 44.782 – 48.277 – 50.703 Puestos de hospital de día: 121 – 123 – 130 -140.

DISCUSIÓN:

A la vista de los resultados, vemos que: • El número de ingresos en 2010 es inferior al de 2007, con estancia media descendente y disminución de camas funcionantes sin aumento de ocupación. El peso del ingreso aumenta, aunque los indicadores de estancia ajustada (IEMA e IEAR) siguen en cifras mejorables. • La actividad quirúrgica con ingreso disminuye en 2010, mejorando la cirugía ambulatoria y procesos quirúrgicos fuera de quirófano, tanto en cifras brutas como en indicadores: mejor índice de sustitución ambulatoria e ICSIA superior a 1 en 2010. • La actividad ambulatoria continúa incrementándose en primeras consultas (de manera importante en el último año las de alta resolución) y en atenciones en hospitales de día, con un aumento de puestos que en 2011 es de 150. Podemos concluir que la mayor eficiencia en hospitalización tiene que apoyarse en la potenciación de alternativas ambulatorias tanto en el ámbito quirúrgico como en ámbitos médicos tales como consultas de alta resolución y hospitales de día.

C176.- INTEGRACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS EXTERNOS ENTRE CENTROS ASISTENCIALES.

TARIN-VICENTE N, RECIO-DIEZ F, ESCALERA-ALONSO C, PEREZ-DIAZ C, VINUESA-SEBASTIAN M.

HOSPITAL DE MOSTOLES. MOSTOLES.

OBJETIVOS:

Las pruebas e intervenciones remitidas a centros externos originan documentación que llega al hospital de referencia en formatos (papel, CD…) o tiempos no acordes a su importancia dentro del proceso clínico del paciente. Por ello se ha considerado necesario establecer un circuito que, por medio de internet, consiga una integración sencilla y en tiempo real de los informes resultantes de la atención en centros distintos al solicitante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proceso comienza cuando se precisa la derivación de un paciente a un centro externo para pruebas, exploraciones o intervenciones (cateterismos, consultas especiales, fisioterapia, logopedia…). En el propio sistema de información se registra dicha demanda, y de manera tradicional (teléfono/fax) se comunica al centro de destino. Una vez realizada la prueba diagnóstica o terapéutica correspondiente, se suele elaborar documentación – informe del proceso realizado, que vuelve al centro peticionario en papel, por fax, mensajero o por el propio paciente. Dicho circuito origina dificultades en el acceso y la custodia de la información.

RESULTADOS:

Se propone un sistema de información que cubra el circuito completo de petición – prueba/tratamiento – resultado por medio de una herramienta accesible desde internet, de utilización sencilla e integración con el sistema de información del hospital y posible conexión al centro externo. Dicha herramienta permite la gestión de la demanda, el seguimiento de la prestación y el acceso a los informes generados. El sistema aporta la ventaja de ser compatible con los distintos niveles de informatización de los centros (fax, ordenador con acceso a internet o

aplicación de gestión), garantizando el acceso seguro y controlado de las diferentes entidades.

DISCUSIÓN:

La importancia de integrar la información clínica del paciente, de manera continua y centralizada es vital para garantizar la calidad en la atención sanitaria. Debido a la variedad de tecnologías y sistemas de gestión de esta información, se hace necesario trabajar con herramientas sencillas, de acceso universal y que supongan un complemento de valor a la propia tarea asistencial.

C177.- HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA. ENFERMERÍA INTEGRADORA.

MATEO-PEREA G, TOMÁS-GIMENO JJ, PEREDA-MAS A, LÓPEZ-IBÁÑEZ M, LOZANO-ALGUACIL E, CLAVEL-GARCÍA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Describir una Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica y su actividad enfermera. Exponer la actividad desarrollada durante el año 2010. Evidenciar mejoras tanto en el sistema sanitario como familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utiliza como fuente de información, programa de la UHD Pediátrica, informes de alta, registros SELENE, registro de pacientes e informe global por área de hospitalización. Se realiza una revisión retrospectiva. El periodo de análisis abarca desde Marzo hasta Diciembre de 2010. Para el análisis de estancia media previa a ingreso en Hospitalización Domiciliaria se utiliza los pacientes ingresados desde áreas de hospitalización. Para el análisis del coste de la estancia se utilizan solamente los pacientes ingresados desde la unidad de cuidados intensivos pediátricos y la unidad de cuidados intensivos neonatales por entender que son procesos más homogéneos.

RESULTADOS:

Las actividades desarrolladas por enfermería en la unidad, implican tareas de: educación y formación, asistenciales, investigadoras así como tareas de gestión y coordinación. Que la actividad desarrollada implica: 20 ingresos y 6 altas; 343 visitas domiciliarias y 86 visitas de seguimiento en hospital; 27 analíticas en sangre; 28 cultivos de secreción bronquial; 95 cambios de cánula traqueal; 8 cambios de sondas gástricas; 40 acciones con Centros de Salud y Unidad de Trabajo Social del hospital. La estancia media en el hospital de los pacientes que ingresan en nuestra unidad es de 86.72 días, con un coste medio por ingreso de los pacientes analizados con origen en UCI Pediátrica hasta el alta a hospitalización domiciliaria de 36.212 euros y para los pacientes de la UCI Neonatal de 108.780 euros.

DISCUSIÓN:

Es importante destacar que hasta la creación de la unidad los pacientes con dependencias tecnológicas especiales o alta demanda de asistencia especializada podían permanecer ingresados sin fecha prevista de alta, lo que suponía estancias hospitalarias extremadamente largas y costosas hasta que de forma individual y con una asistencia no estructurada eran enviados al domicilio para recibir una asistencia de carácter "sociosanitario" desde el hospital. Lo que evidencia las mejoras que este tipo de unidades puede suponer en toda la esfera asistencial. Dentro de las unidades de hospitalización domiciliaria pediátrica, la enfermería se sitúa como elemento asistencial e integrador entre el domicilio como hospital y el resto de recursos sanitarios, pudiendo asumir la coordinación de los profesionales implicados en el proceso asistencial del paciente. Un programa individual de asistencia basado en valoración de necesidades y la utilización adecuada de todos los servicios disponibles, nos va a permitir mantener al paciente en el entorno más beneficioso: el entorno familiar, y a la vez va a permitir un desarrollo más armonioso del proceso con una disminución del gasto sanitario y una mejora de la gestión del espacio hospitalario.

C178.- ¿DÓNDE SON ATENDIDOS LOS PACIENTES CON DIABETES?.

ENRÍQUEZ-MARTÍN N, ABAD-DÍEZ JM, ABAD-SUBIRÓN MJ, GONZÁLEZ-ÁLVAREZ B, GARCIA-ENCABO M.

DG PLANIFICACIÓN.DTO SALUD Y CONSUMO. ARAGÓN. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Analizar la utilización de consultas de atención primaria y especializada durante el año 2010 de mujeres y hombres con diabetes atendidos en el sistema público de Aragón.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se seleccionaron las citas de pacientes diabéticos, de 18 a 99 años, que fueron visitados durante 2010 en las consultas de medicina o enfermería de centros de salud. Se excluyó la diabetes gestacional. La frecuentación se expresó como el valor mediano del cociente entre visitas realizadas y pacientes atendidos. La frecuentación a atención especializada comprende primeras visitas y sucesivas. La complejidad de los pacientes se midió mediante los pesos del sistema ACG. Fuentes de datos: OMIap, Base de datos de Usuarios, Sistema de información de Consultas Externas.

RESULTADOS:

Participaron 62.980 pacientes diabéticos, 52,5% hombres; edad media de las mujeres 70,7 años (s = 13,4) y de los hombres 66,4 años (s = 13). El peso mediano de las mujeres fue de 2,4 puntos (amplitud intercuartil (a.i.) de 1,15 a 2,4) y el de los hombres de 1,8 puntos (a.i. de 0,85 a 2,4). El 8,5% de los pacientes no se citó en la consulta de enfermería (10% de los hombres y 7% de las mujeres) y el 4,5% no se citó en la de medicina (5% de los hombres y 4,5% de las mujeres). La mediana de la frecuentación a consultas de medicina de familia fue de 8 visitas por paciente (a.i. de 4 a 14). La frecuentación de las mujeres fue de 9 visitas / paciente (a.i. de 5 a 15) y la de los hombres de 8 visitas / paciente (a.i. de 4 a 13). La mediana de la frecuentación a consultas de enfermería fue también de 8 visitas/paciente (a.i. de 4 a 13). La frecuentación de las mujeres fue de 9 visitas/paciente (a.i. de 5 a 14) y la de los hombres de 8 visitas/paciente (a.i.

de 4 a 12). La proporción del total de visitas realizadas en el domicilio del paciente fue del 5% de las visitas de medicina (6% en visitas a mujeres y 4% en visitas a hombres) y del 11% de las visitas de enfermería (14% en visitas a mujeres y 9% en visitas a hombres). El 63% de los pacientes fueron citados para una consulta de atención especializada (65% hombres y 60% mujeres). La frecuentación fue parecida entre hombres y mujeres (mediana = 3 visitas/paciente; a.i. de 2 a 6). Uno de cada 6 pacientes diabéticos fue citado para consulta de endocrinología (1 de cada 6 hombres y 1 de cada 5,6 mujeres). De los pacientes visitados, mujeres y hombres tuvieron una frecuentación similar (mediana = 2 visitas/paciente; a.i. de 1 a 3).

DISCUSIÓN:

Los pacientes diabéticos son atendidos principalmente en atención primaria. Salvo en el domicilio, donde predominan las visitas de enfermería, el volumen de visitas de medicina y enfermería es similar. Es necesario revisar la organización de la atención a pacientes crónicos buscando potenciar el papel de enfermería. Las mujeres participantes en el estudio tienen mayor edad y morbilidad, y utilizan más las consultas, excepto en atención especializada. Se necesita un abordaje más complejo del problema para concluir desigualdades de género.

Sesión de Comunicaciones III

Sala Yepes

Seguridad III

C179 – C189

C179.- ¿HACEMOS ALGO PARA APRENDER DE NUESTROS ERRORES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?.

VILAPLANA-GARCÍA AM, MELCÓN-DE DIOS A, BAÑOS-ROLDÁN U, BARROSO-GUTIÉRREZ C, IZQUIERDO-PELÁEZ V, MORILLO-CADIERNO R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA Y ÁREA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores que se puedan cometer durante la asistencia y evitar así su recurrencia. Por ello, y siguiendo las directrices marcadas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud así como en la Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud, se establece para el Hospital y su Área un sistema de notificación a nivel local con objeto incorporar a la actividad de los profesionales sanitarios sistemas de registro y de notificación de incidentes y eventos adversos para la mejora de la seguridad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el primer semestre del año 2010 se implementó un procedimiento para la notificación de incidentes y eventos adversos. El procedimiento elaborado contempla: - Un sistema de notificación de errores relacionados con la medicación a través de una aplicación on-line (adaptación realizada del sistema de notificación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)). Su análisis se llevará a cabo periódicamente por el Grupo de trabajo de Errores de Medicación. - Un formulario para la notificación de incidentes no relacionados con la medicación. Su análisis se llevará a cabo por un grupo de trabajo identificado al efecto. En los casos notificados, se valorará la posibilidad de realizar un Análisis de Causa Raíz así como la elaboración y difusión de una alerta/boletín informativo interno.

RESULTADOS:

Desde su implantación se han notificado dieciséis casos de errores de medicación que han sido motivo de análisis por el grupo de trabajo, estableciéndose un plan de acción para medicación LASA (look a like, sound alike) y

divulgándose recomendaciones para la prescripción manual. También se han notificado cinco eventos adversos que al considerarse sucesos centinelas han sido sometidos a un Análisis de Causa Raíz estableciéndose un plan de mejora específico orientadas a la mejora en la comunicación y en la formación ante situaciones de urgencia.

DISCUSIÓN:

El sistema de notificación implantado para el Hospital y su Área nos permite registrar y analizar los incidentes notificados, aprender de nuestra propia experiencia y mejorar, proporcionando atención y cuidados cada vez más seguros a nuestros pacientes. No obstante, el cambio de una cultura punitiva a una cultura de aprendizaje es un proceso de mejora continua que no está exento de limitaciones que exigen actividades de formación continuada y estrategias de retroalimentación que permitan implicar a los profesionales en la cultura de cambio.

C180.- SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: UN IMPERATIVO.

LADIOS-MARTIN MJ, DIAZ-COMINO MR, FERNANDEZ-GARCIA PL, FERNANDEZ-ALONSO D, MARTINEZ-GUTIERREZ A, ZAFRILLA-MARTINEZ JD.

HOSPITAL DEL VINALOPO. ELCHE.

OBJETIVOS:

La apertura de un Hospital supone un reto desde el punto de la organización, de los recursos humanos y materiales, así como desde el punto de vista asistencial. Nuestra Dirección, comprometida con la calidad de los servicios que presta, apostó desde su inicio, por medidas que garantizaran dicho derecho. En el presente estudio presentamos parte de las medidas adoptadas por la Dirección de SS.CC y la Dirección de Enfermería, para garantizar la seguridad transfusional en el ámbito hospitalario, así como sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estableció un plan de formación dirigido a garantizar el conocimiento necesario en materia de "administración de productos sanguíneos" dirigido al personal de enfermería. El plan formativo fue de carácter general, continuo, presencial y no presencial. Las sesiones formativas presenciales se desarrollaron en tres tiempos: 1) preapertura (antes del 1 de Junio 2010); 2) tercer trimestre 2010 y 3) primer trimestre 2011. Las sesiones no presenciales se realizaron, y actualmente se realizan, a través de una plataforma on-line e inmerso en el Plan de Acogida de la Dirección de Enfermería. Así mismo, se estableció una figura de referencia encargada de la Hemovigilancia.

RESULTADOS:

La asistencia a las sesiones presenciales fueron seguidas por: 1) 152 enfermeras, 2) 120 enfermeras y 3) 253 enfermeras; y las no presenciales (estudio del protocolo y evaluación on line) por la totalidad de la plantilla de enfermería. El número de "no conformidades" (ausencia de registro en la HC de la hora de inicio/fin de transfusión o registro fallido del número de bolsa en la HC) ha disminuido de un 5.6% (2010) a 1.1%(2011), a pesar de

que el volumen de transfusión se ha prácticamente duplicado (6.6 transfusión/día a 11.9 transfusiones/día) en los periodos de estudio.

DISCUSIÓN:

Los resultados muestran un descenso en el número de "no conformidades" notificadas con el transcurso de la formación, la consolidación y mejora del programa informático y el seguimiento de los casos por parte de la figura de hemovigilancia. Todas las "no conformidades" detectadas hasta la fecha fueron subsanadas mediante acciones correctoras en la historia clínica del paciente. En la actualidad estamos trabajando en nuevas medidas que aumenten las garantías en la seguridad transfusional.

C181.- PROYECTO NEUMONÍA ZERO. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS INICIALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.

ALCOLEA-SANCHEZ ML, ALMAIDA MB, HIDALGO I, BOTIAS S, GIL B, CARRILLO A.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Incorporar todas las medidas de prevención de infección nosocomial para reducir la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) en una unidad de cuidados intensivos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proyecto Neumonía 0 comienza con la formación de un equipo multidisciplinar en cada una de las UCIs del Servicio Murciano de Salud. Tras revisión de la literatura se consensua las medidas profilácticas a poner en marcha en las UCIs. Se crea un equipo coordinador que se encarga de la formación del personal sanitario. Se realiza un protocolo de actuación con las medidas a tomar y una hoja de verificación de cumplimento de cada una de las medidas utilizadas. Se inicia el 28 de junio de 2010 y se toman datos hasta el 31 de marzo del 2011. Criterios de inclusión: necesidad de ventilación mecánica invasiva mayor de 24 horas. Exclusión: ninguno. SE analiza los siguientes ítems: posición semisentada, comprobación presión neumotaponamiento, aspiración continua subglótica, antibioterapia sistémica, lavado orofaringeo con clorhexidina y pasta orofaringea poliantibiotica cada 6 horas. Los datos se presentan como porcentajes e intervalos de confianza al 95%, la comparación entre densidad de incidencia se ha realizado con el programa EPIDAT 3.1.

RESULTADOS:

Ha asistido a las sesiones formativas el 3 % del personal enfermero y el 50% del personal facultativo. Se ha analizado 1114 días de ventilación mecánica en 143 pacientes. La comprobación de los ítems mediante la hoja de cumplimentación muestra: posición semisentada, se realizó: 27.8% de los casos (IC-95%: 25.1 a 30.5%),

presión de neumotaponamiento: 27.3% (IC-95%:24.6% a 29.9%), aspiración continua: 23.8% (IC-95%:21.2-26.3%), antibioterapia sistémica: 86.6% (84 .6-88.7%), lavado con clorhexidina: 20.7% (18.3-23.1%) y pasta poliantibiotica: 20.4% (18-22-9%). La relación entre las dosis administradas por farmacia durante el periodo de estudio, ha sido de 5926 dosis de pasta poliantibiotica. El porcentaje de dosis recibidas han sido 74% y de las anotadas en la hoja de verificación el 64.7%. Diez y nueve pacientes han sido ventilados más de 24 horas y no han entrado en el protocolo de prevención (11.8%). Finalmente, la densidad de incidencia de NAVM en el periodo previo a la instauración del protocolo era del 10.2 casos por 1000 días de ventilación, bajando a 4 en el trimestre siguiente a la implantación, pero se eleva a 12.6 en el siguiente trimestre y a 12.79 casos por 1000 días de ventilación en el primer trimestre del 2011 (p:0.097).

DISCUSIÓN:

El protocolo Neumonía Zero no ha mostrado utilidad clara al no presentar una disminución de la neumonía asociada a ventilación mecánica debido a una baja cumplimentación de las medidas preventivas utilizadas.

C182.- ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA . UN TRABAJO CONJUNTO Y DE FUTURO.

GOMEZ-SANTILLANA M, FERNANDEZ-VALVERDE B, PEREZ-ALONSO M, LAZARO-MONTOYA R, BALLESTEROS-CAVERO JA, GARCIA-COLLADA JC.

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. CUENCA.

OBJETIVOS:

OBJETIVOS: 1. Utilizar el listado de verificación quirúrgica de la OMS para adaptarlo a los Quirófanos del Hospital. 2. Desarrollar un sistema de registro de la actividad que nos permita evaluar nuestra práctica y dirigir acciones de mejora posteriores. 3. Introducir la cultura de seguridad en el Centro demostrando ante los equipos quirúrgicos que las acciones son factibles, útiles y aportan valor. 4. Implantar el listado de verificación quirúrgica en cada operación de cirugía mayor. Demostrar el valor de la medida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

☐ Creación de un grupo de expertos liderado desde la OCAU para la adaptación e implantación del listado de verificación quirúrgica en nuestro hospital. (18/12/2009) ☐ Elaboración de la Guía de Implantación y Listado de Verificación Quirúrgica. ☐ Se nombra un único coordinador del listado que será la enfermera circulante. ☐ Se da soporte de la información en papel temporalmente, hasta la entrada en funcionamiento de la historia clínica electrónica (Mambrino XXI: segundo semestre 2011) ☐ Se decide en que Servicio quirúrgico realizar el estudio piloto ☐ Se decide que indicadores se van a evaluar y los estándares a conseguir, cómo se va a realizar la evaluación de resultados y quien la realizará. ☐ Campaña de presentación y difusión: o Comisión Quirúrgica o Junta de personal o Personal de enfermería de quirófano o Sesiones informativas a todos miembros de cada servicio quirúrgico ☐ Aprobación de 2 listados: uno para cirugía mayor y otro para intervenciones locales de oftalmología.

RESULTADOS:

Periodo de evaluación: desde el 8 de Junio al 15 de Septiembre de 2010. Número de historias evaluadas 648

historias, de las cuales 510 tenían recogida la hoja de verificación quirúrgica, (78,70%).Indicador de estructura. De los 510 Check list realizados se han cumplimentado correctamente 471 (92,36%.) Indicador de proceso.

DISCUSIÓN:

☐ Hemos implantado la lista de verificación en todas las cirugías mayores del Hospital, en menos de tres meses, para lo que ha sido esencial la implicación de todos los profesionales de la Dirección, Cirujanos, Enfermería y otros muchos. ☐ Sin duda a la vista de estos resultados podemos afirmar que la enfermera circulante es el personal mas indicado para realizar con éxito la coordinación del Cheklist. ☐ La cumplimentación es del 78,50%, estamos llegando al estándar anual que nos marcamos y ell grado de cumplimentación correcto ha sido del 92,36%, superando el estándar marcado. ☐ La actividad es corporativa, se basa en la documentación, análisis y evaluación de los resultados, usándolos como vector de persuasión y aprendizaje, dándole transparencia, mostrando el compromiso y la accesibilidad. Por último aunque no menos importante, la acción tiene una gran proyección en la mejora de los servicios prestados a la población y al equipo profesional que lo sustenta.

C183.- SEGURIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE OPTIMIZACIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ARCHIVO CLÍNICO.

URAN-GARCIA JE, DIAZ-GALLARDO AJ, ILLANA-RODRIGUEZ N, CASTILLA-DOMINGUEZ EJ, GARCIA-RUIPEREZ D, ALIAGA-MATAS MF.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD/SERVICIO MURCIANO SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. Es la herramienta básica del ejercicio sanitario de calidad. Esta calidad se logra a partir de "la disponibilidad" y de "la integridad" de la información clínica sobre los pacientes que se atienden en nuestra institución dentro del marco de la ley 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.Analizar los Procesos Actuales de Recepción de Historias Clínicas (HC) y Documentación Clínica Adicional (DC) y su Posible Repercusión en la seguridad diagnóstica y de tratamiento de los pacientes. Examinar la disponibilidad de la información necesaria para la toma de decisiones diagnóstico-terapeúticas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proceso seguido es el siguiente: 1. Período Analizado: 17 de Enero- 8 de Abril 2011. 2. Se Registró Diariamente el Número de Historias Clínicas (HC) para Archivar (nº estimado). 3. Se Registró Diariamente el Número de Documentación Clínica Adicional (DC) para Archivar (nº estimado). 4. Se Registró Diariamente el Número de HC que en el Momento del Archivado tenían DC en el Archivador (nº estimado). 5. Se Registró Diariamente el Número de DC que en el momento del Archivado tenían HC en el Archivador (nº estimado). 6. Se realizó una tabulación con estos datos.

RESULTADOS:

1. Documentación Recibida en el Archivo Clínico: (media diaria en estimación) o Historias Clínicas: 723 HC. o Documentación Clínica Adicional: 113 DC. 2. Proporción HC y DC con Documentación ya Archivada: o Proporción de HC

para archivar con DC archivada: 4’35%. o Proporción de DC para archivar con HC archivada: 53’86%. 3. Si Consideramos Ambas Situaciones, se Podría Tener Hasta un 10% (estimado) de Historias Clínicas “No Integradas” Completamente.

DISCUSIÓN:

1. La Optimización y Disminución de Documentos Sueltos de la HC Redundaría en la Seguridad Asistencial del Paciente al Estar la Historia Clínica Integrada y Minimizaría los Riesgos de “Dispersión” de la Misma. 2. Sería Posible una Mayor Seguridad Diagnóstica y de Tratamiento. 3. Se Conocerían con Mayor Exactitud los Patrones de Riesgo de Salud, Orientando a los Profesionales a Disminuirlos Mediante la Prevención. 4. Un Buen Manejo de las Historias Clínicas nos Permitirá una Atención Personalizada al Paciente, sin Pérdida de Tiempo, con Seguridad Diagnóstica y Terapeútica. 5. La Historia Clínica Integrada posibilita una Asistencia Sanitaria de Calidad.

C184.- PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO EN UNA UCI POLIVALENTE.

TORMO-FERRÁNDIZ S, PEÑARRUBIA-BERGARA S, VALERO-ALEPUZ G, NAVARRO-IRANZO J, CABRERIZO-SERRATO MJ, BURDEOS-PALAU E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

Implantación de un plan general de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A raíz del inicio del proyecto bacteriemia zero y la recomendación de la creación de un plan de Seguridad del paciente crítico, se formó un "grupo de mejora" multidisciplinar formado por celador, auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos. Se detectaron una series de puntos sobre los que actuar y se realizaron mediciones sobre estos (corte de una semana) para fijar los objetivos. Se revisó la bibliografía publicada y se elaboró el plan de actuación: formación del personal en cultura de seguridad, disminución de infecciones nosocomiales, úlceras y trasfusiones, mejora de la comunicación del personal y prevención de caídas accidentales. Se crearon y modificaron protocolos de actuación, se realizaron sesiones formativas al personal y se puso a disposición del personal cursos on line y material didáctico.

RESULTADOS:

Actuaciones realizadas: - Formación sobre seguridad: realización de un curso on line sobre seguridad del paciente por todo el personal de la UCI. - Control de bacteriemias. Seguimiento del proyecto de bacteriemia zero con la disminución del número de bacteriemias secundarias a catéter: de 8 episodios por 1000 días de catéter al inico a 2,2 episodios por 1000 días de catéter. - Reducción del número de neumonías asociadas a ventilación mecánica: modificación del protocolo siguiendo las guías de práctica clínica para prevención de las mismas. - Reducción de la infección urinaria secundaria a sondaje vesical. Creación de un protocolo para la retirada

de la sonda vesical. - Prevención de úlceras de decúbito: creación de un protocolo sobre cambios posturales y de una hoja de cambios posturales. - Mejora de la comunicación: creación de sistemas de comunicación entre los diferentes profesionales con la realización de una hoja diaria con los responsables de los tres estamentos de cada paciente ingresado, así como las técnicas y pruebas programadas. - Prevención de caídas: elaboración y puesta en marcha de un protocolo de elevación de las barandillas en las camas. - Disminución de trasfusiones: modificación del protocolo de extracción con devolución de la sangre desechada y utilización de tubos pediátricos para la extracción sanguínea.

DISCUSIÓN:

La creación del grupo de mejora y las acciones llevadas por el mismo han conllevado una reducción infecciones nosocomiales, una reducción de las úlceras de decúbito, una mejora en las vías de comunicación entre médicos, enfermeros, auxiliares y celadores así como la modificación de diferentes protocolos con la intención de crear un entorno seguro para el paciente. Esperamos disminuir el número de trasfusiones y conseguir una mayor reducción de las infecciones (en medición). Asimismo, se ha fomentado el servicio una cultura centrada en la seguridad del paciente lo que he está permitiendo la detección y planificación de nuevas actuaciones para el futuro próximo.

C185.- LA COLABORACIÓN CIUDADANA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: "ESTÁ EN TUS MANOS, LÁVATELAS".

TORIJANO-CASALENGUA ML, DULANTO-BANDA RA, FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP, MINGO-BLANCO M, DE LA HIJA-DÍAZ MB, SÁNCHEZ-HOLGADO J.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

1) Implicar a los ciudadanos en la difusión de la cultura de seguridad del paciente. 2) Facilitar las herramientas para el desarrollo de este tipo de actividades comunitarias. 3) Fomentar la colaboración entre profesionales de atención primaria (AP), la institución y población.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Con motivo de la celebración del Día Mundial de Higiene de Manos del presente año, la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) elaboró una campaña que incluyó al ciudadano como colaborador. Se contactó con tres grupos con los que existía una relación previa a través de los distintos profesionales de la gerencia: A. 29 Pacientes Expertos del área, recientemente formados en seguridad (el curso incluyó conocimientos sobre la higiene de manos) para actividades comunitarias en una residencia de ancianos, cinco centros de salud (CS), el campus universitario y una caseta informativa en el centro de la ciudad. B. Gestores de 57 residencias de mayores para participar en un concurso de slogans, y de la residencia de titularidad pública de la ciudad para impartir 2 talleres. C. Grupo de teatro y producción audiovisual, para la creación de dos vídeos que transmitieran de forma artística y más cercana el mensaje de la Higiene de Manos. La UFGR coordinó las actividades con 3 semanas de anticipación, encargándose de conseguir la infraestructura, los permisos, el material para la difusión, las muestras para las demostraciones, y de impartir la formación adicional necesaria. Con el grupo C se mantuvieron reuniones para explicar los objetivos, aprobar los bocetos y facilitar la logística. Se realizaron entrevistas antes y después de la

actividad para valorar las expectativas y la satisfacción de los participantes.

RESULTADOS:

Aceptaron colaborar 20 pacientes expertos (69%), 3 profesionales de la residencia pública, y el grupo artístico (6 profesionales y 10 figurantes). 86 personas de 8 residencias y una asociación participaron en el concurso de slogans. La dedicación estimada del grupo A fue de 45 horas y del C, 180. Se editaron 2 vídeos, de 2:02 y 1:55 minutos, el primero de estilo "suspense" y el segundo con secuencias de humor en cine mudo, altamente valorados por el Equipo Directivo. Ambos incluyeron la técnica de higiene de manos en una consulta de AP. Asistieron a los talleres en la residencia 60 mayores y 30 trabajadores, solicitando otro taller adicional. El 100% de los entrevistados consideró el objetivo del programa como "importante" o "muy importante", y la actividad como "buena" o "muy buena" (grupo A, colaboradores de la residencia, directora de los vídeos, y profesionales que acompañaron a los pacientes expertos). Todos se ofrecieron a repetir la experiencia.

DISCUSIÓN:

Aunque es difícil medir el impacto de campañas de seguridad del paciente, existen factores claves para la alta participación y satisfacción de los agentes implicados: la formación previa, la cercanía del mensaje, la convicción del objetivo, la alta colaboración, y la interacción entre ciudadanos, profesionales e institución.

C186.- EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO.

SIRGO-RODRÍGUEZ G., POBO-PERIS A., OLONA-CABASES M., ALONSO-RUBIO S., ARAGONES-MESTRE M., BODÍ-SAERA MA.

SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL U. JOAN XXIII. TARRAGONA.

OBJETIVOS:

Objetivos: Describir los incidentes relacionados con el trasporte intrahospitalario (TIH) de los paciente críticos en un hospital universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material y método: Servicio de Medicina Intensiva (SMI): 14 camas de críticos y 10 de semicríticos. Creación de protocolo de TIH (año 2009), en el que se describe el personal necesario para el traslado, material y las tareas de los miembros del equipo. Durante los 12 meses del año 2010 se desarrolla el protocolo y se analiza prospectivamente los incidentes acontecidos durante los TIH, siendo clasificados como ISD (incidentes sin daño) o EA (eventos adversos) según estudio SYREC. Los incidentes analizados son los relacionados con vía aérea, respirador de traslado, monitor, bolsa auto inflable, maletín de traslado, bala de oxígeno, bombas de infusión, ascensor y otros (fundamentalmente, coordinación entre miembros del equipo y con miembros de otros servicios). Análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS:

Resultados: Se registran 802 traslados. El 38,9% fueron traslados al TAC. Los traslados entre unidades del servicio supuso el 33,4%. Se identifican 170 incidentes: 151 ISD (88.82%) y 19 EA (11.18%); de ellos, 3 graves. El mayor porcentaje de incidentes se atribuye a la variable “otros” (52 incidentes, 46 ISD y 6 EA). Los incidentes relacionados con el respirador fueron 48, 42 ISD y 6 EA, uno de ellos grave. Se registraron 23 incidentes relacionados con el ascensor (22 ISD y 1 EA). Los incidentes con el monitor y la bala de oxígeno fueron 17 y 16 respectivamente. Los

eventos adversos graves se registraron en relación a la vía aérea, el respirador y la bala de oxígeno.

DISCUSIÓN:

Discusión: la calidad asistencial implica considerar la seguridad en la práctica clínica diaria. Esta consideración conceptual es mucho más incontrovertible cuando nos referimos al traslado intrahospitalario del enfermo crítico para realizar intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas donde se incrementa el riesgo de complicaciones por la discontinuidad en los sistemas de soporte vital y monitorización. La creación, desarrollo y análisis de los resultados de un protocolo específico de TIH creemos que mejora la calidad de nuestro SMI. El factor humano, como elemento esencial de la coordinación del grupo de TIH, es en nuestro estudio uno de los puntos de mejora más importante. Por su gravedad, la vigilancia de aspectos relacionados con la vía aérea, respirador y fuente de oxígeno son cruciales. Conclusiones: 1.La creación de un protocolo de traslado mejora la calidad asistencial identificando puntos de mejora. 2.La coordinación grupal es, en nuestro estudio, el punto de mejora esencial. 3.La oxigenación y la vía aérea, por su gravedad, merecen una consideración especial durante el TIH.

C187.- DETECCIÓN DE SUCESOS ADVERSOS MEDIANTE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES. MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES.

TEJERO-GONZÁLEZ JM, IGLESIAS-ALONSO F, GUTIÉRREZ-FERNÁNDEZ R, MIRA-SOLVES JJ, RUBIO-CASADO M, HERNANDEZ-CAMPA S.

SERVICIOS CENTRALES DEL SESCAM. TOLEDO.

OBJETIVOS:

- Instaurar un sistema de comunicación estable entre las Comisiones de Gestión de Riesgos Clínicos y las Unidades de Atención al Usuario - Reclasificar las reclamaciones desde la perspectiva de la seguridad del paciente. - Mejorar la transmisión de información entre pacientes y profesionales a través de las contestaciones a las reclamaciones. - Monitorizar el impacto de las acciones de mejora, mediante un sistema de indicadores automatizado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un análisis retrospectivo de la base de datos de gestión de reclamaciones (2006-2011). Tras implementar acciones de mejora en la gestión de las reclamaciones, se han reclasificado estas, para detectar las relacionadas con la seguridad, y se ha modificado el circuito de gestión de reclamaciones (reingenierización del proceso). Se presentan los resultados del análisis, y el posible impacto a partir de la implementación de las acciones de mejora (desde junio de 2.011 hasta octubre), como análisis prospectivo. Se utilizarán como indicadores los datos procedentes de las bases de datos (Sistema de Gestión de Quejas, Reclamaciones y Sugerencias, SGRS, y Sistema de Seguimiento de los Planes de Confortabilidad, E_Confort).

RESULTADOS:

Se presentan datos del número de reclamaciones relacionadas con la Seguridad del paciente, clasificadas por categorías, así como de las acciones de mejora implementadas a partir de dicho análisis, por tipos de acciones de mejora. También se presenta el sistema de indicadores establecido a partir del análisis del CMBD de todos los hospitales del SESCAM, utilizando los propuestos por la AHRQ, obtenidos mediante la herramienta Hiscal.

DISCUSIÓN:

La instauración del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente y la Estrategia de Confortabilidad del SESCAM, alineados con el Plan de Calidad del SNS, han supuesto un "cambio cultural" en toda la organización. Ha mejorado la "comunicación horizontal", y se ha generalizado la metodología de gestión de procesos, tanto en los procesos asistenciales ("clave"), como en procesos de soporte, como la gestión de reclamaciones. A partir de la instauración de una nueva Guía del proceso de gestión de reclamaciones, con el objetivo de mejorar la comunicación, la transparencia en la transmisión de información y la participación de los pacientes en las decisiones que afectan a su seguridad, se ha institucionalizado el análisis de la información que los pacientes proporcionan a la organización a través de las reclamaciones, la contestación con el resultado de los análisis causa-raíz realizados por las comisiones de seguridad del paciente, y el compromiso de la implementación de las acciones de mejora que proceda para minimizar los fallos en la gestión de los procesos asistenciales. La monitorización de los indicadores propuestos permitirá medir el impacto de las acciones de mejora y la corrección de las acciones que se detecten ineficaces.

C188.- IMPLANTACIÓNDE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, ALEMPARTE-PARDAVILA E, FERNÁNDEZ-VILLANUEVA JR, GUILLÉN-VÁZQUEZ MJ, VILABOY-ALVITE EM, CARRERAS-VIÑAS M.

SERGAS.S.X.DESENVOLVEMENTO E SEGURIDADE ASISTENCIAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Implantación en todas las unidades de cuidados intensivos de Hospitales del SERGAS de un programa para la prevención de la Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVM). Reducir la densidad de incidencia de NAVM a menos de 9 por 1000 días de Ventilación Mecánica (VM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

En cada unidad se nombra un equipo responsable del proyecto formado por 1facultativo y 1enfermera. Fases para la implantación: Revisión evidencia, sistematización procedimientos y registros, elaboración de materiales formativos, presentación del programa en cada unidad; análisis de situación de partida en cada unidad (medios humanos y materiales, encuesta de conocimiento de guías para la prevención de NAVM y encuesta sobre dotación UCI, encuesta cultura AHRQ); formación del personal; implantación del programa; registro y análisis de seguimiento y resultados. El programa incluye 2 paquetes de medidas específicos para la neumonía: Medidas básicas de obligado cumplimiento (9 Medidas), Medidas altamente recomendadas (3 Medidas) y un programa de seguridad integral cuyo objetivo es la mejora de la seguridad y calidad asistencial. Se establece un cronograma en el que se define las fases para la implantación, evaluaciones parciales de seguimiento, control y análisis de resultados para establecimiento de estrategias de feed-back que permitan correcciones y mejoras en la aplicación del mismo. Utilizamos la experiencia previa de la implantación

de una intervención dirigida a la prevención de las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales.

RESULTADOS:

El día 1 de abril empezamos a implantar el programa en las UCI del SERGAS. En abril impartimos un curso de formación de formadores para la implantación del proyecto dirigido a los coordinadores de cada UCI, participaron 28 profesionales (FEA,DUE) de 4 h y 1 crédito CFC. Se han impartido sesiones informativas en todas las unidades. Se ha diseñado un taller presencial de 4 horas acreditado con 0.9 créditos CFC que se está impartiendo en las UCI dirigido a FEA y personal de enfermería (Se han impartido 2 ediciones). Se han formado en el curso online 463 profesionales de 15 UCI. En los dos primeros meses registraron datos 9 UCI con una densidad de incidencia en la Comunidad de 2,64 por 1000 días de Ventilación Mecánica. Hemos observado que los profesionales de la UCI están aumentando su participación en todas las actividades formativas relacionadas con la gestión de riesgos y seguridad del paciente.

DISCUSIÓN:

Es recomendable un análisis de la situación de partida en cada unidad. Determinar la dotación de material de cada unidad es necesario para conocer la aplicabilidad de los paquetes de medidas. La dotación de personal de las unidades y su implicación es un elemento clave en la realización del proyecto. La formación teórico practica de todo el personal y las sesiones de análisis de resultados y feed-back ayudan a mantener la motivación, mejoran el proyecto y contribuyen a lograr los objetivos establecidos.

C189.- PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

MARTINEZ-LOPEZ MA, ABRAIRA-GARCIA L, PEREZ-RODRIGUEZ MT, CASTRO-FERNANDEZ MI.

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE. MONFORTE DE LEMOS.

OBJETIVOS:

Implantar un sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del Paciente (SiNASP). Mejorar la cultura de seguridad del paciente entre el personal del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Creación de un grupo para la puesta en marcha del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Formación individualizada, en su puesto de trabajo, del personal sanitario e inscripción del personal en el curso de formación del SiNASP. Presentación de los gestores del sistema dentro del núcleo de seguridad del centro y al resto del personal. Gestión de las notificaciones según su repercusión en la seguridad del paciente y elaboración de informes periódicos con las acciones realizadas para su difusión entre el personal.

RESULTADOS:

Se ha formado a casi la totalidad del personal sanitario del centro y han realizado el curso de formación del SiNASP 293 alumnos. Se han realizado 41 notificaciones, desde el día 9 de diciembre de 2010 hasta 30 de abril de 2011, de las cuales se han eliminado 2 porque no eran notificaciones relacionadas con la seguridad del paciente. Se han recibido 3 notificaciones con nivel SAC 2, para las que se han constituido grupos de expertos que realizaron el análisis causa raíz, 2 de nivel SAC 3, 5 de nivel SAC 4 y 29 sin SAC. La mayoría de notificaciones ocurren en hospitalización y servicios centrales, el profesional notificante suele ser enfermero y otros profesionales sanitarios y la mayor parte de las notificaciones están relacionadas con problemas de identificación. Los factores contribuyentes mas frecuentes están relacionados con la organización (normas, protocolos) y con los profesionales (formación, conocimiento, competencia).

DISCUSIÓN:

La formación realizada ha conseguido un aumento de la cultura de seguridad del paciente en el centro, lo que ha significado un porcentaje importante de notificaciones para un hospital comarcal, y la elaboración de proyectos de mejora de la seguridad del paciente que contribuyen a disminuir los riesgos, aunque en algunos nos encontramos con la dificultad de implantarlos por su elevado coste.

Sesión de Comunicaciones IV

Sala 1

Gestión II

C190 – C201

C190.- ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD A TRAVÉS DEL CUADRO DE MANDO DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD.

DEL NOZAL-NALDA M, VILAPLANA-GARCÍA A, CANTÓN-BULNES L, OLIVA-MOMPEAN F, SALA-TURRENS J, GILI-MINER M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

La Comisión de Mortalidad y Autopsias Clínicas tiene como misión valorar la calidad de la asistencia realizando un análisis de la mortalidad producida en el hospital a través del cual se puedan detectar deficiencias que conduzcan a la implantación de medidas correctoras y a la evaluación de la eficacia de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El funcionamiento de esta Comisión está regulado por el Plan Funcional de las Comisiones Clínicas y por tanto está sujeta a la definición de objetivos de carácter anual. Como metodología de trabajo, durante al año 2007 se procedió a la elaboración y aprobación de un Cuadro de Mando a partir del cual se efectúan análisis semestrales y anuales. A través de esta herramienta de trabajo, entre otras actividades llevadas a cabo, se realizan análisis de la casuística hospitalaria, mortalidad global, mortalidad específica, y mortalidad evitable (MIPSE) según los criterios de Rutstein. Los datos se obtienen a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del hospital. Para el análisis de la mortalidad específica en el Servicio de Urgencias los datos son recogidos a través de un formulario elaborado al efecto.

RESULTADOS:

Disponemos de análisis comparativos de los últimos cuatro años. De los resultados obtenidos destacamos el mantenimiento del porcentaje de mortalidad general y en urgencias; se ha identificado que el grupo de diagnóstico relacionado (GRD) con mayor mortalidad asociada es el 541(neumonía simple y otros trastornos respiratorios); y el análisis pormenorizado de la mortalidad específica y evitable. Señalar que en función de las publicaciones relevantes en la materia (indicadores de la AHRQ) se ha

ampliado los análisis a realizar como actividad de la Comisión.

DISCUSIÓN:

El seguimiento de un cuadro de mando específico durante los últimos 4 años nos permite identificar y analizar las MIPSE como sucesos centinela, identificar las causas de mortalidad más frecuentes y establecer planes de mitigación para reducir la mortalidad en los casos susceptibles así como identificar a través de los estudios de comorbilidad en patologías concretas aquellos aspectos que puedan ser predictivos de un mayor riesgo de muerte. Durante este año se ha incluido el análisis de la mortalidad en pediatría.

C191.- REEVALUACIÓN PREOPERATORIA INMEDIATA.

VAZQUEZ-BOUZAN VB, SALGADO-ALVAREZ SA, TOSCANO-NOVELLA TN, LOZANO-GOMEZ LG, TOSCANO-NOVELLA TN.

POVISA HOSPITAL. VIGO.

OBJETIVOS:

La idea de establecer una consulta preoperatoria quirúrgica próxima a la intervención del paciente, surge con el objetivo de poder constatar posibles cambios en la situación social y sanitaria de nuestros pacientes. Nuestro objetivo es mostrar la utilidad de la consulta preoperatoria llevada a cabo por nuestros cirujanos, en la mejora de la calidad asistencial quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En abril de 2002 establecimos una consulta semanal en la que citamos a los pacientes que van a ser intervenidos la semana siguiente por nuestro servicio de Cirugía General. Se comprueban los siguientes aspectos: consulta preanestésica, consentimientos informados, reserva de sangre, comprensión del proceso por parte del paciente y de los familiares, medidas prequirúrgicas necesarias, día de ingreso y el nombre del cirujano que realizará la intervención.

RESULTADOS:

En estos nueve años hemos realizado 315 consultas, con una media de 24 pacientes por consulta. Se registraron varias incidencias relacionadas con: consentimientos informados, reserva de sangre, reversión de anticoagulación, preparación de colon y recto, contingencias sociales, entre otras. Se subsanaron el 62% antes de la cirugía, la mayoría de las que no se resolvieron fueron por problemas personales del paciente. Se expondrán datos detallados.

DISCUSIÓN:

La consulta preoperatoria disminuye la suspensión el día de la intervención de cirugias programadas. Garantiza que el paciente recibe la información necesaria sobre su enfermedad y procedimiento terapeútico al que va a ser

sometido. Mejora la calidad asistencial disminuyendo los posibles imprevistos por falta de comprobación. Reduce los ingresos innecesarios.

C192.- MONITORIZACIÓN DE CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA MAYOR PROGRAMADA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

GONZÁLEZ-GIL A, EGEA-ROMERO MD, VIGUERAS-DELMANS F, GALVAN-DUARTE M, MOLINA-MOLINA M, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ P.

. MURCIA.

OBJETIVOS:

Desde febrero de 2007 se estableció en el Servicio de Cirugía un sistema de monitorización de los pacientes suspendidos antes de una intervención de cirugía mayor. El objetivo de este estudio es analizar las causas de suspensión con el objeto de establecer acciones de mejora para minimizar su impacto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Febrero de 2007 se diseña un fichero de recogida de datos para los casos en que se suspende la intervención quirúrgica. Este fichero consta de datos relativos al paciente y su proceso médico; así como de las causas de la suspensión. Se subdividen en causas relacionadas con: la Institución, el Servicio de Cirugía, Servicio de Anestesia y el paciente. Este documento ha de ser cumplimentado por el cirujano responsable de la intervención. Definición de caso: Paciente programado para intervenir y que se suspende a partir de las 15 horas del día previo a la cirugía, no siendo posible reemplazarlo por otro paciente por no haber personal de administración. Tipo de dato: Estructura, proceso, resultado. Fuente de datos: Fichero de pacientes suspendidos. Base de datos del servicio de Cirugía General.

RESULTADOS:

Entre febrero de 2007 y mayo de 2011 se programaron un total de 2321 intervenciones de cirugía mayor (con ingreso y CMA), de las cuales se han suspendido 232 (10%), 133 varones y 99 mujeres, con una media para ambos sexos de 47 años. El tiempo medio de espera ha sido de 123 días (rango de 5 a 277 días) . Las causas de suspensión han sido: El 45,7% por motivos atribuibles a la Institución (38,8% falta de camas; 1,3% problemas de material; y

5,6% por otras causas). El 12,1% por motivos atribuibles al Servicio de Cirugía General (4,3% por mala indicación quirúrgica; 3,9% por falta de tiempo en quirófano; 2,6% otras causas). El 5,2% por causas atribuibles al Servicio de Anestesia (3,4% por contraindicación anestésica; 1,7% otras causas). El 37,7% por motivos relacionados con el paciente (19,4% por incomparecencia del paciente; 12,1% por enfermedad sobrevenida; y 5,6% por renuncia voluntaria comunicada a última hora). El porcentaje de pacientes suspendidos por años fue el siguiente: 9,4% de los pacientes programados en 2007; 17,8% en 2008; 7% en 2009; 8,4% en 2010. En los 4 primeros meses de 2011 ha sido del 11%.

DISCUSIÓN:

En nuestro estudio el principal motivo de suspensión ha sido la falta de camas, que refleja los problemas estructurales del Hospital. Como segunda causa de suspensión están las atribuibles al paciente, siendo principalmente por no presentarse en el hospital el día indicado para su ingreso, que puede atribuirse a una mala comunicación con el paciente. A la vista de la tasa de suspensiones que se produjo en 2008 se establecieron una serie de acciones de mejora que consiguieron (a pesar de los problemas estructurales) disminuir la tasa de suspensiones en 2009 y 2010. En los 4 primeros meses de 2011 la tasa ha vuelto a elevarse, aunque estos datos son poco valorables dadas las circunstancias especiales que se han dado durante este periodo.

C193.- AMBULATORIZACION DEL PROCEDIMIENTO HEMORROIDECTOMIA. ESTUDIO DE RESULTADOS.

AROCENA-CEDRON MG, LAMIQUIZ-VALLEJO A, MORENO-ALLENDE T, GIL-IRIONDO A, REBOLLO-GARCIA AM, COLINA-ALONSO A.

HOSPITAL DE CRUCES. BARAKALDO.

OBJETIVOS:

:Conocer nuestros resultados y el grado de satisfacción de nuestros pacientes, en la cirugía sin ingreso del proceso asistencial: hemorroides.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudian 104 pacientes a los que se realizó hemorroidectomía dentro de un programa de cirugía sin ingreso(CMA); 66% varones(n=69) y 34% mujeres(n=35), edad media 47 años. Un 70% de las hemorroides se consideró G-III y el 30% G-IV(evolucionadas). Tipo de anestesia: regional en un 97% y local+sedación 3%. Criterio de exclusión: pacientes con riesgo ASA III/IV anestésica. Al alta se recomendó medidas higienicodietéticas y analgesia pautada (Metamizol+Diclofenaco), asimismo se les informó y entregó el sistema analógico visual del dolor, para 8 días; en la 1ª consulta (unos 16 días del postoperatorio) se realizó la encuesta de satisfacción.

RESULTADOS:

Porcentaje de ambulatorización 87,3%. En el resto, 12,7% las causas que motivaron su ingreso, fueron: dolor 4,8%, disconfort 4,8%, sangrado en 0,96%, retención urinaria 0,96%, distocia social 0,96%, criterio anestésico 1,92%. A lo largo del primer mes del postoperatorio, se presentaron las siguientes complicaciones: Infección de herida quirúrgica superficial en un 10,6%, incontinencia leve un 2,9%. Los reingresos en el primer mes representaron un 3,8% (n=4): persistencia del dolor 0,96% (n=1), sangrado tardío 0,96% (n=1), infección profunda del sitio quirúrgico 1,92% (n=2). El sistema analógico del dolor fue seguido por 77 pacientes, presentando una acumulación del dolor durante los 8 primeros días, de 35,91+-16,94 (0-100). En la encuesta de satisfacción (n=88) se valoró el dolor global referido retrospectivamente a la 1ª semana: 4,76+-2,81

(0-10); el 60% presentó un dolor máximo superior a 7 (severo), en algún momento. La satisfacción global dio un 8,88+-1,31 (0-10), con una aceptación del programa de alta precoz de un 88%.

DISCUSIÓN:

a) El dolor ha sido la causa de ingreso en un 5,76% , por lo que representa un motivo de mejora, re –evaluando el protocolo analgésico b) El grado de cumplimiento del programa de cirugía sin ingreso ha sido alto 87,3% y el índice de satisfacción de 8-9/10 c)A pesar del bajo índice de sustitución que presenta este proceso en los hospitales por sus posibles complicaciones, en nuestra experiencia es factible, mejorando la analgesia postoperatoria.

C194.- OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA MULTIHOSPITAL A PARTIR DE UN PROGRAMA DE BUSINESS INTELLIGENCE.

SERVER-PENOSA LS, CAÑELLAS-MARTINEZ GC, MANUEL-MAS MM.

HOSPITAL DEL VINALOPO. ELCHE.

OBJETIVOS:

Diseñar un plan estratégico, común para los Hospitales en los que Ribera Salud es socio mayoritario. Diseñar un CMI capaz de medir el grado de desarrollo e implantación de las estrategias que permitirán alcanzar las metas establecidas. Reportar a grupos de interés: socios, Gobierno y clientes internos, de forma personalizada. Disponer de información actualizada y fiable en tiempo real. Mejorar la comunicación del despliegue de los objetivos estratégicos a toda la Organización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se explicó la metodología a seguir al Equipo que iba a participar en la realización del Plan Estratégico, recalcando la importancia del enfoque teniendo en cuenta a todos los grupos de interés. El Equipo Directivo realizó un trabajo previo para la reflexión estratégica y se establecieron reuniones de fin de semana fuera del Centro de trabajo para favorecer el análisis y la creatividad en las dinámicas de grupo. Estas reuniones tuvieron el soporte metodológico de una Consultora con experiencia contrastada en la materia. Para llevar a cabo el seguimiento del Plan, se mantienen reuniones con cada responsable con el fin de determinar los indicadores de cada objetivo estratégico y establecer sus metas. Asimismo, también debe fijarse el conjunto de iniciativas que nos permitirá alcanzar las metas estratégicas. La elección de la herramienta informática para la monitorización del sistema multihospital ha sido otro de los hitos fundamentales del proyecto. Tras analizar distintas soluciones, se eligió un sistema integral líder en el mercado y de comprobada fiabilidad.

RESULTADOS:

Los resultados son satisfactorios para todos los actores implicados: Ribera Salud: tener información normalizada y

comparable del rendimiento de sus Hospitales, permitiendo así la optimización de sus recursos y la mejora continua de sus procesos a nivel de Sistema Multihospital, mediante un benchmarking interno continuo. Tener un mejor conocimiento de la idoneidad de las estrategias planteadas. Dirección del Hospital: tener información normalizada y comparable del funcionamiento de los aspectos estratégicos y clave de la Organización. Favorece la difusión de la estrategia a toda la Organización. Simplifica el Reporting a los distintos grupos de interés que necesitan conocer sus resultados para mejorar la eficiencia de su actividad asistencial.

DISCUSIÓN:

Esta herramienta mejora el compromiso de las personas, permitiendo traducir su esfuerzo a resultados medibles alineados con la estrategia, incrementando así el orgullo de pertenencia y la motivación e ilusión por el trabajo diario. La realización de un Plan Estratégico multihospital y la parametrización de su herramienta de monitorización, conlleva un esfuerzo importante para toda la Organización, no solo económico, sino también en la dedicación constante de determinadas personas, así como del equipo directivo en su totalidad. A medio y largo plazo, resulta evidente el ahorro de tiempo en monitorización, lo que repercute directamente en una mayor productividad.

C195.- INGRESOS EN UROLOGÍA, URGENCIÓLOGOS O URÓLOGOS.

BUSCA-OSTOLAZ P, ORTIZ-VILLACIAN E, ALBA-CORIA L, PALENZUELA-AROCENA R, DE ARAMBURU-PATAUT F, REDIN-ESPINAL J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. SAN SEBASTIAN.

OBJETIVOS:

Valorar la efectividad de la realización de los ingresos en el Servicio de Urología por parte de los médicos del Servicio de Urgencias tras la puesta en marcha de un acuerdo y protocolo entre ambos en un hospital de 3 nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de 2.207 registros correspondientes a todos los pacientes ingresados en urología a lo largo del año 2005 y 2010 así como la utilización de la observación para aquellos pacientes con los mismos diagnósticos que los pacientes ingresados. Se analizaron también las altas precoces desde planta así como la complejidad de los ingresos y los costes.

RESULTADOS:

En el año 2.005 ingresaron 911 pacientes en el Servicio de Urología frente a los 751 que lo hicieron en el 2.010. En el 2.005 el urólogo indico el 100% de los ingresos mientras que en el 2.010 el médico de urgencias los realizo sin previa consulta en el 50% de los casos. Los diagnósticos más frecuente fueron infección urinaria (2.005:1.863 – 2.010:2.325), cólico nefrítico (2.005:1.593 – 2.010:2.325) y hematuria (2.005:362 – 2.010:310). Comparando la tasa de ingresos en dichas patologías del 2.005 frente al 2.010 fue en las citadas patologías 13,7% frente a 11,1% – 22,4% frente a 15,2% y 25,7% frente a 38,7%. Al mismo tiempo se constata una mayor utilización de la observación de urgencias para dicha patología pasando en el cólico nefrítico de 66 a 208 pacientes con una tasa de ingreso que ha variado del 35% al 24% y de 43 a 228 pacientes con infección urinaria/pielonefritis con una tasa de ingreso que ha variado del 26 al 22%. Las altas precoces desde planta entendidas como aquellas que se producen en las siguientes 72 horas tras el ingreso ha disminuido del 39% al 28%. La complejidad de los

pacientes ingresados ha variado del 1,2 al 1,42 y su estancia ha pasado de 6,26 a 5,34 días. La reducción de 160 ingresos aplicándoles una estancia media de 2 días ha generado una reducción de 320 estancias que multiplicando por el coste medio aproximado en dicho servicio de 932 € ha supuesto un ahorro de 149.120 €.

DISCUSIÓN:

La realización de los ingresos por parte del médico de urgencias así como una mayor utilización de la observación ha permitido reducir considerablemente los ingresos en planta así como los costes, proporcionando mayor número de estancias para ingresos programados.

C196.- VIABILIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON DESFIBRILADOR IMPLANTADO.

MARTINEZ-FERRER JB, VAZQUEZ-TAPIA J, VILLAR-COLSA F, TAPIA-BELLO MA, SANCHEZ-BERNAL R.

HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA.

OBJETIVOS:

Objetivos: En cuatro años de experiencia en nuestro centro con la utilización de consultas de monitorización domiciliaria (MD) en el manejo de pacientes con estimulación cardiaca definitiva hemos podido confirmar la eficiencia, ahorro de recursos sanitarios, seguridad y excelente aceptación por parte de los pacientes de este sistema de asistencia en sustitución total o parcial de las consultas de seguimiento presencial. Actualmente nos planteamos como objetivo analizar alguno de estos parámetros utilizando el mismo modelo de consulta para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes portadores de dispositivos con capacidad de detectar variaciones de impedancia torácica (IT).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Método: Se valora la viabilidad y utilidad de una consulta remota como sistema de seguimiento y tratamiento de la (IC) basándonos en la IT, la clínica del paciente referida por teléfono, la modificación remota del tratamiento médico y la necesidad de ingreso según la evolución. Material: Desde Julio de 2007 a Mayo de 2010 hemos realizado 1528 MD a 388 pacientes portadores de sistemas de estimulación cardiaca definitiva. 179, con 1165 trasmisiones, eran portadores de un desfibrilador mono, bi o tricameral. 111 disponían de un dispositivo capaz de evaluar variaciones de IT como aproximación a padecer congestión pulmonar, atribuible a IC.

RESULTADOS:

Resultados: 1De 921 revisiones con índice IT, 617 MD, 698 mostraban IT normal. Las otras 223, correspondientes a 51 pacientes, tenían un IT superior a 60 ohmios-día, considerado como fuera de rango. En 62 revisiones se confirmó la normalizaron del IT en los siguientes días

mediante una nueva trasmisión sin realizar cambios en el tratamiento, tras comprobar vía telefónica ausencia de clínica y recomendando seguimiento estricto de la medicación y dieta. Otras 65 trasmisiones mostraron, con IT previo en rango normal, positividad de dicho índice. En 3 casos se recomendó ingreso tras contactar telefónicamente con el paciente y otros 2 estaban ingresados en el hospital por otra causa. De las 60 restantes a 57 se les recomendó por teléfono modificación de la medicación, de ellas en 32 se confirmó la normalización del IT, mediante MD, sin clínica acompañante en los siguientes días. 25 precisaron más de un MD posterior hasta la normalización de la IT. 3 pacientes fallecieron, sin IC, súbitamente durante el seguimiento. 4 pacientes, con activación reciente del sistema de seguimiento, mantienen el IT fuera de rango al finalizar este resumen. En ningún caso se atendió a un paciente, demostrándose IC, portador de un dispositivo que registrara IT normal.

DISCUSIÓN:

Conclusiones: El abordaje mediante MD de la prevención y tratamiento precoz de la IC en pacientes portadores de dispositivos con monitorización de IT es factible. En nuestra experiencia la modificación de la medicación y seguimiento clínico telefónico permite un correcto control evitando la mayor parte de las revisiones hospitalarias y produciendo un escaso índice de ingresos.

C197.- LA ESTRATEGIA DE LA SOCIEDAD CATALANA DE CALIDAD ASISTENCIAL: CLUB QCAT, LO ESENCIAL ES INVISIBLE A LOS OJOS.

MOMPÓ-AVILÉS C, SANTIÑÁ-VILA M, OLIVERAS-GIL M.

SOCIETAT CATALANA DE QUALITAT ASISTENCIAL. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Describir las estrategias utilizadas por la Societat Catalana de Qualitat Assistencial (SCQA) con el fin de aportar valor a sus socios en un ambiente distendido y enriquecedor a la vez.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Proceso de planificación estratégica 2008-2011 en el seno de la Junta directiva: a) Definición de la misión, visión y valores. b) Análisis DAFO (oportunidades y amenazas externas; fortalezas y debilidades internas). c) Identificación de líneas estratégicas. d) Determinación del Plan de acción con responsables y plazos. -Revisión del documento preliminar con participación abierta a todos los socios mediante mail. -Incorporación de las aportaciones recibidas. -Sesión presencial de consenso y cierre de documento. -Distribución a los socios y presentación pública.

RESULTADOS:

-Definidos misión, visión y valores. -Identificadas 4 líneas estratégicas: atención al socio, difusión del conocimiento, alianzas externas y visión estratégica. -Determinado el Plan de acción (18 acciones). Cabe destacar la creación del Club QCat (tertulias a partir de la exposición de un invitado experto, realizadas en la sede de la SCQA, en centros sanitarios de los socios o en locales públicos). La asistencia media al Club QCat es de 30 personas y se realizan un mínimo de 3 encuentros anuales. -% de objetivos/acciones conseguidos: 47% (2008), 63% (2009), 69% (2010). Los objetivos pendientes para el 2011 (último año de la planificación) son: servicio de asesoramiento al socio, establecer un método para recoger necesidades y expectativas de los socios; y consolidar la realización de un grupo de trabajo anual para elaborar recomendaciones en el ámbito de la calidad asistencial.

DISCUSIÓN:

El Club QCat ha creado un espacio cómodo y distendido donde aprender, así como contrastar opiniones y experiencias. Aún queda camino por recorrer en cuanto al número de socios asistentes y a la posibilidad de llevarlo a cabo acompañados de una buena bebida al estilo de los pubs ingleses. A partir de los objetivos pendientes nos seguimos planteando las siguientes preguntas: -¿Cuál es el papel de una sociedad transversal como las nuestras? -¿Cómo podemos llenar espacios vacíos y establecer alianzas en lugar de competir con otras organizaciones dedicadas a la consultoría y formación en el ámbito de la calidad? -¿Qué factores (distancia geográfica, interés del tema, etc.) condicionan la asistencia de los socios a los encuentros?.

C198.- RESPONSABILIDAD SOCIAL: EJE ESTRATEGICO DE SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.

ARMENTEROS-LECHUGA M, BALLESTER-FERNANDEZ-BRAVO N, AÑÓ-CONSUEGRA E, VICENTE-HUERTAS V, RODRIGUEZ-CANO T, FERNÁNDEZ-SANZ J.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CUDAD REAL. CIUDAD REAL.

OBJETIVOS:

El principal objetivo fue evaluar los resultados obtenidos en los últimos 3 años según el Plan Estratégico del Hospital General Universitario de Ciudad Real y definir las líneas de futuro incorporando algunos datos de la Responsabilidad Social Corporativa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La metodología de trabajo diseñada y puesta en práctica para la elaboración de esta memoria ha sido la siguiente: En una primera fase y a propuesta de la Subdirección de Investigación, Docencia, Formación y Calidad, se hace una reunión inicial con la Dirección Gerencia en la que se determinó el equipo técnico para la realización de la memoria. Este grupo determinó los contenidos y cronograma. En una segunda fase el equipo técnico hizo un análisis y revisión de bibliografía, se crearon grupos de trabajos multidisciplinares que estuvieran relacionados con los principales grupos de interés e identificados con las 3 dimensiones, sociales, economico-asistencial y ambientales. Se llevaron a cabo entrevistas semi-guiadas con las principales asociaciones de pacientes y familiares con el fin de conocer sus necesidades y expectativas, así como elaboración de encuestas a profesionales del centro. Posteriormente en una tercera fase se analizó y estructuró toda la información recogida y se determinaron las líneas de futuro. Por último se procedió a la publicación y difusión.

RESULTADOS:

Se ha obtenido un documento interactivo que no sólo se recoge la actividad asistencial realizada durante los años 2008, 2009 y 2010, sino que además incorpora acciones

de mejora a propuesta de los trabajadores del centro, asociaciones de pacientes, proveedores y usuarios.

DISCUSIÓN:

Las conclusiones finales del trabajo permiten un enfoque proactivo para la medición e información del desempeño de la organización, facilitando el diálogo continuo con clientes, proveedores, profesionales y usuarios, reforzando el compromiso de transparencia y la comunicación sobre actuaciones y líneas de futuro. Asimismo permite la vinculación de funciones habitualmente aisladas y diferenciadas de la una organización, mejora del conocimiento de la misma, implicando a profesionales de diferentes categorías, servicios/unidades y equipo directivo del hospital.

C199.- NUEVAS FORMAS DE COMUNICAR EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA.

VILLA-VALLE R, TORO-SANCHEZ L, GALLEGO-CAMIÑA I, RABANAL-RETOLAZA S, CUEVAS-BALBAS A, LARREA-ZARATE I.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO.

OBJETIVOS:

El Modelo de gestión EFQM adoptado por nuestro Hospital define a la comunicación interna (CI) como un elemento transversal. Desde el primer Plan de Comunicación Interna (2002), se han experimentado varios ciclos de mejora impulsando la comunicación. A las medidas adoptadas como el desarrollo de herramientas formales (intranet, revista, boletines, buzones, planes de comunicación) y la sistematización del proceso de comunicación, hay que sumarle la apuesta por innovar en la forma de comunicar. En 2010 ese diseña el nuevo Plan Estratégico (PE) que recoge una línea de trabajo ligada a mejorar la CI. El objetivo es la implantación de nuevas formas de CI que favorezcan la participación y la ampliación del alcance.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el diseño de las nuevas herramientas de CI hemos aplicado herramientas de creatividad y benchmarking con otras organizaciones.

RESULTADOS:

Puesta en marcha de nuevas formas de comunicar basadas en la creatividad y la comunicación informal (espontanea, sin seguir canales establecidos formalmente): 1)TALLERES DE CREATIVIDAD: el foco:"ideas para comunicar el PE". Se realizó un taller: 8 personas y surgieron 94 ideas. Tras la se seleccionaron acciones y herramientas como: World Café o la realización de talleres específicos. 2)WORLD CAFÉ: Es una forma intencional de crear una conversación en torno a asuntos relevantes simulando una conversación casual en una cafetería. Es un proceso creativo que lleva a un diálogo, donde se comparte conocimiento y fomenta la participación (371 personas de todos los estamentos). 3)DESAYUNOS CON LA DIRECCIÓN: surgido del benchmarking con IKEA, es una herramienta de comunicación informal de intercambio de opiniones, entre

profesionales (mandos y colaboradores) y el Equipo Directivo (ED). El objetivo: favorecer la comunicación en igualdad de condiciones. Diversas fuentes de información muestran la tendencia positiva de la CI: 1)Encuesta de liderazgo del ED: ha aumentado la puntuación de los ítems: Capacidad del líder para desplegar y comunicar (de 6.74 a 7.18); Capacidad de traccionar y dinamizar (de 6.73 a 7.07); Sabe escuchar (de un 6,95 a un 7.21). 2)Encuestas específica sobre los World Café: Opinión sobre la técnica 8,45, 3)Encuesta de Satisfacción de Personas: ítem global de la dimensión de comunicación (De 5.72 a 5.91). 4)Plan de comunicación específico del PE: recoge las ideas y la programación para desplegar el PE.

DISCUSIÓN:

Discusión: 1)La comunicación formal y la informal se complementan. Las redes informales de conversación son importantes. 2)El aumento en el nivel de satisfacción respecto a la comunicación, en general, y las habilidades comunicacionales del ED, en particular. 3)La participación está intrínsecamente relacionada con la comunicación y con su efectividad. 4)Oportunidad de incluir herramientas de comunicación.

C200.- GENERANDO REDES: RESPONSABLES DE CALIDAD EN ENFERMERÍA.

ANDRES-GIMENO B, REVUELTA-ZAMORANO M, SOLIS-MUÑOZ M, AYUSO-MURILLO D, MORALEDA-ALDEA S.

HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. MAJADAHONDA.

OBJETIVOS:

1. Promover cultura de calidad y seguridad en las unidades de enfermería. Acercar la calidad a los profesionales asistenciales. 2. Generar una red de responsables de calidad en el hospital que ayude a la promoción de la calidad en el trabajo asistencial. 3. Normalizar la práctica enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En 2010, uno de los objetivos de la Dirección de Enfermería es acercar la calidad asistencial al profesional. La Unidad de Calidad define un proyecto que incluye 1) Creación de una red de responsables de calidad en enfermería 2) Formación y autorización 3) Realización de auditorias 4) Elaboración de protocolos Selección: Se diseña el perfil de competencias del puesto y se seleccionan dos profesionales por unidad. Para la selección se tiene en cuenta: la formación en calidad, el liderazgo, el trabajo en equipo y la actitud para la colaboración. Formación: Se realiza una sesión de presentación y dos cursos sobre conceptos básicos de calidad asistencial y seguridad, y búsqueda de evidencia científica. Se realiza jornada de formación para la realización de auditorias de calidad en las unidades. Auditoría: Se realiza una auditoría en 19 unidades de Hospitalización Evaluación: En 2011 se organiza una Jornada de Coordinadores de calidad para feed back de resultados de 2010, evaluación del proyecto y presentación de objetivos para 2011.

RESULTADOS:

Actualmente hay 53 responsables de calidad en: unidades de Hospitalización, Urgencias, Cuidados Críticos, Hospital de día, Unidad del dolor, CMA, URPA, Servicio de Radiodiagnóstico y Banco de Sangre. En 2010: Se formaron 46 responsables de calidad. La evaluación de los dos cursos fue de 8,2 y 8,4. En la auditoría se revisó el

cumplimiento de criterios de calidad en 180 pacientes ingresados (acogida, evaluación del dolor, seguridad del paciente, entorno y material) y se evaluaron conocimientos en 40 profesionales. Se elaboraron 44 documentos (protocolos, planes de cuidados, recomendaciones) para normalizar la práctica y evitar la variabilidad. En 2011: 48 responsables de calidad asistieron a la I Jornada para responsables de Calidad de las unidades. La evaluación fue de 8,9. Se realizó un DAFO para detectar debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del proyecto. 45 profesionales asistieron al curso para la elaboración de protocolos de cuidados. La satisfacción alcanzada fue de 8,7. En el curso se trabajaron 7 protocolos transversales a la organización (Acogida de pacientes, Manejo de pacientes con riesgo de broncoaspiración, Contención Mecánica, Prevención de caídas, Cuidados catéteres venosos y centrales y reacciones adversas a contrastes yodados).

DISCUSIÓN:

La creación de la red de responsables de calidad en las unidades ha contribuido a aproximar la Calidad a los profesionales. La red de responsables es una alianza de la unidad de calidad y supone una fortaleza para la organización.

C201.- ANÁLISIS DE ACTIVIDAD CON LOS SERVICIOS CLÍNICOS COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN Y MEJORA.

TARÍN-VICENTE N, VINUESA-SEBASTIÁN M, RODRÍGUEZ-GUTIÉRREZ C, MATEOS-ROMERO M, MOLINA-ALÉN E, GRANADOS-ULECIA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. MADRID.

OBJETIVOS:

El "feedback" entre los Servicios Clínicos y la Dirección Asistencial es fundamental para mejorar la relación con todos los miembros de los servicios, cumplir los objetivos, ganar en confianza y establecer una dinámica que facilite el desarrollo profesional y la mejora de la asistencia. La inmersión en un sistema de Gestión de Calidad Integral puede facilitar el conocimiento de los problemas que afrontan las unidades y qué planes ofrecen para mejorarlos más allá de la acreditación en Calidad. La revisión de la actividad desarrollada por cada Servicio en nuestro Centro a lo largo de un año, su presentación y puesta en común entre médicos, enfermeras y Dirección es una oportunidad de enfocar los problemas e identificar zonas desconocidas, oscuras y ocultas, mejorando el cumplimiento de objetivos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Utilizando el método de la Ventana de Johari, representamos y analizamos qué elementos permanecían como desconocidos para la Dirección y cuales lo eran para los Servicios. En primer lugar la Unidad de Calidad entregaba a los participantes una documentación con la información disponible para su lectura previa y se programaba una reunión posterior. Esta reunión duraba 30-60 minutos, con sillas dispuestas en semicírculo para lograr una buena visibilidad de todos y de la proyección en pantalla de los apartados a revisar. Asistían: Jefe de Servicio, varios facultativos, supervisor y supervisor de área, director y/o subdirector médico y de enfermería y responsables de la Unidad de Calidad. En la reunión se revisaban los resultados de auditorias internas, de las encuestas de satisfacción, reclamaciones, ranking de proveedores internos y externos, no conformidades y su

estado (resueltas o no), la actividad del servicio en números, así como la evaluación de los proveedores, estado de las acciones preventivas, acciones de seguimiento de revisiones por la dirección, temas pendientes, cambios que podrían afectar al sistema de Gestión de Calidad, recomendaciones para la mejora de la eficacia de dicho sistema y sus procesos, necesidades y objetivos alcanzados y propuestos a futuro.

RESULTADOS:

Se presenta por servicios el tipo de áreas de desconocimiento identificadas por ambas partes para los Servicios de Endocrinología, Rehabilitación, Digestivo, Unidad de Alta Resolución y Urgencias.

DISCUSIÓN:

La revisión de la actividad clínica anual desarrollada por los Servicios Clínicos con la Dirección Médica y de Enfermería sirve como herramienta para facilitar la comunicación y la reflexión, ganar en confianza mutua y desvelar áreas desconocidas, ocultas o ciegas. Esta estrategia permite detectar y anticipar conflictos y necesidades de recursos materiales y humanos así como establecer circuitos adaptados a la realidad cambiante.

Sesión de Comunicaciones IV

Sala 2

Seguridad IV

C202 – C212

C202.- DISTINTIVO MANOS SEGURAS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA.

MELCÓN-DE DIOS A, VILAPLANA-GARCÍA AM, GARCÍA-BRIZ C, FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ I, ROMÁN-FUENTES M, DEL ÁLAMO-HERNÁNDO MI.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA Y ÁREA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

La obtención del Distintivo Manos Seguras (DMS) otorgado por el Observatorio de Seguridad de Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) durante el año 2009 nos obliga a efectuar evaluaciones anuales orientadas a mantener este distintivo. A continuación presentamos el plan de actuación y las actividades realizadas durante el año 2010 por el Hospital y su Área.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar con referentes del equipo de control de infección nosocomial y referentes de áreas críticas del hospital y su área. Se ha llevado a cabo una revisión de los preparados de base alcohólica y su consumo por planta; un cronograma completo con la actividad formativa a desarrollar y los distintos grupos a los que dirigirla; campañas de divulgación mediante cartelería y videos explicativos dirigido a los profesionales y ciudadores y cumplimentación de cuestionarios sobre higiene de manos publicados por la OMS.

RESULTADOS:

El porcentaje de camas con preparados de base alcohólica en el punto de cuidado asciende al 100%. Más del 90% de los profesionales asistenciales han recibido formación específica a través de formación y talleres en servicio. El plan de formación para especialistas internos residentes (EIR) incluyó un módulo específico para los EIR de nueva incorporación. Se realizó un foro de encuentro con la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud impartiendo formación a más de 200 profesionales así como un ciclo formativo para más de 100 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Documentación Clínica y Radiodiagnóstico. Anualmente la Comisión de Infecciones efectúa un seguimiento del consumo de preparados de

base alcohólica. Se realizó un estudio de evaluación de los 5 momentos marcados por la OMS y se ha cumplimentado y analizado más de 60 cuestionarios de percepción y de conocimiento sobre higiene de manos. Con motivo del día mundial de la higiene de manos se elaboró un video divulgativo de producción propia.

DISCUSIÓN:

La trayectoria del hospital y su área en relación a las Estrategias de Prevención de la Infección Nosocomial está consolidada. La obtención del DMS nos estimula a continuar en la línea definida en los años previos y contribuye a la motivación de los profesionales. Las actividades desarrolladas durante el año se han traducido en el nombramiento por parte del Observatorio de Seguridad de Paciente como centro mentor.

C203.- INNOVACIONES EN LA GESTION DEL RIESGO DE LOS PROCESOS QUIRURGICOS.

IGLESIAS-CABALEIRO C, MUÑOZ-MELLA MA, GROBA-PEREZ F.

HOSPITAL POVISA. VIGO.

OBJETIVOS:

El objetivo estratégico planteado será la reducción del riesgo derivado del proceso quirúrgico. Como objetivos específicos planteamos identificar y analizar los riesgos derivados del proceso, implantando acciones de mejora innovadoras, efectivas y rápidas, evaluando de manera sistemática y rigurosa la adecuación y respuesta a dichas acciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseña e implanta un listado de verificación prequirúrgica que, partiendo de la propuesta de la OMS, avance y profundice en la gestión integral del proceso. Resaltar las innovaciones aportadas a lo largo de estos dos años y que alcanzan a la metodología, a las mejoras implantadas y a los resultados obtenidos. Dichas innovaciones han conseguido: Diferenciar ,dentro de los criterios del listado, los "criterios críticos"; Definir los "casi fallos" como toda actividad sobre el paciente, que se realice en lugar o momento diferente al establecido ; Cumplimentacion informática del listado Se establece la metodología de aplicación, responsabilidades de los miembros del equipo y su ámbito de aplicación. Se describen los criterios de calidad con indicadores de proceso y resultado, y stándares de cumplimiento.

RESULTADOS:

Entre enero 2010/marzo 2011, alcanzamos una cumplimentación del listado del 96%; según protocolo del 91% y tasa de casi fallos de 0,50%. El 0,50% de casi fallos suponen 2698 criterios subsanados de los 537.985 susceptibles de subsanar. En cuanto a las acciones de mejora: La primera y más importante es el desarrollo de la solución informática consiguiendose un registro dinámico, explotar los datos en tiempo real, diseñar listados diferenciados para cirugía mayor o menor e introducir mecanismos de ayuda para la cumplimentación, tales

como barreras que no permiten continuar con la cumplimentación si no está completa la fase anterior o todos los criterios cubiertos; Se ha realizado un catalogo de definiciones de todos los criterios y sus posibles respuestas; Aparece la figura de la "coordinadora de lista" como garante del proyecto; Se incorpora al Cuadro de Mando General del Hospital los resultados obtenidos ; Se revisan protocolos de actuación; Producción científica.

DISCUSIÓN:

Se han superado las reticencias iniciales del personal; La organización ha mantenido su apuesta por la seguridad en detrimento de la productividad; Se ha mejorado enormemente la comunicación de los distintos componentes del equipo quirúrgico. Los profesionales del hospital han interiorizado la importancia de la seguridad en sus actuaciones Hemos generalizado la metodología primero al 100% de los quirófanos y después hacia otros procesos invasivos realizados en otras áreas del hospital. Esto demuestra que se trata de un sistema válido aplicable a otra organización, considerando diferentes variables como su volumen de procedimientos, su estructura arquitectónica y dotacional, los RRHH y su propia capacidad de compromiso.

C204.- USO SEGURO DEL POTASIO INTRAVENOSO EN EL HOSPITAL: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.

MORO-AGUD M, ROLDÁN-SEVILLA T, DE DOMINGO-GADEA MJ, HERRERO-AMBROSIO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID.

OBJETIVOS:

Describir la implantación de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad acerca del uso seguro del potasio intravenoso, adaptadas a un hospital general de más de 1.000 camas. Realizar un seguimiento de la misma y cuantificar su aceptación por los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El Servicio de Farmacia redactó un protocolo de utilización del potasio intravenoso. De noviembre 2009 a abril 2010 fue revisado y consensuado por más de 20 representantes del personal médico y enfermería. En mayo 2010 es aprobado por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos. Medidas a implantar: a) Selección de medicamentos: eliminación de cloruro potásico (KCl) 2M del hospital, exclusividad de KCl 1M como solución concentrada y, selección y adquisición de soluciones prediluidas. b) Prescripción: indicación de dosis (en miliequivalentes), volumen y tiempo y/o velocidad de infusión; creación de protocolos de sueroterapia en la prescripción electrónica. c) Dispensación y almacenamiento: clasificación de las unidades del Hospital en dos grupos excluyentes: 1- Unidades con ampollas concentradas. 2- Unidades con soluciones prediluidas. d) Administración: establecimiento de concentraciones y velocidades máximas, y de normas de preparación y etiquetado de soluciones a partir de ampollas concentradas. Se contemplaron situaciones excepcionales y de intercambio terapéutico. Se elaboró documentación complementaria para la divulgación de las medidas (carteles, etiquetas, sesiones informativas, etc.). Se diseñó una encuesta de opinión a médicos y enfermeras.

RESULTADOS:

En dos meses se retiraron todas las existencias del KCl 2M. Desde julio 2010 hasta mayo 2011, un 47,4% de las unidades utilizaron ampollas de KCl y un 52,6% los sueros de potasio prediluido seleccionados (10 y 20 mEq en suero salino 0,9% de 500 ml, y 10 mEq en suero glucosado 5% de 500 ml), ajustándose todas a la clasificación del protocolo. Se realizaron 31 intervenciones farmacéuticas a la prescripción electrónica, de 3.837 intervenciones (0,8 %), relacionadas con: horario, especialidad, dosis y duplicidad. La valoración de la protocolización del uso del potasio IV y de la adquisición de soluciones prediluidas como práctica efectiva en la seguridad del paciente fue, de 94 respuestas: 52,1% buena, 23,4 % excelente, 18,1% regular y 6,5 % mala.

DISCUSIÓN:

Gracias a la colaboración multidisciplinar y a la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios, se ha logrado establecer un documento consensuado aplicable a los diferentes ámbitos del hospital, así como implantar satisfactoriamente, las recomendaciones oficiales en todas las etapas del proceso farmacoterapéutico de este medicamento. Se ha registrado un bajo porcentaje de intervenciones farmacéuticas realizadas a la prescripción, lo cual orienta sobre el alcance e impacto de la información. Una elevada proporción de profesionales sanitarios (75,5%) han valorado positivamente el desarrollo de esta práctica.

C205.- SEGURIDAD EXCEPCIONAL EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES.

RUBIAL-BERNÁRDEZ F, CAMINO-FERNÁNDEZ E, MORENO-ALEGRE A, INSUA-ESMORÍS-RECAMÁN F, GÓMEZ-LÓPEZ M, VILANOVA-FRAGA FJ.

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI (SERGAS). LUGO.

OBJETIVOS:

El objetivo que nos hemos planteado es describir el conjunto de elementos esenciales que deben contemplarse para garantizar la seguridad global a pacientes y profesionales en una situación excepcional como es el proceso de traslado y apertura de un hospital, en base a nuestra experiencia en el Hospital Lucus Augusti.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se constituyó un grupo de seguridad del traslado-apertura que, bajo la supervisión de la Gerencia, definió, documentó y difundió las actuaciones a seguir en los ámbitos asistencial y de soporte.

RESULTADOS:

Sin entrar a detallar todos los aspectos que requieren de un proceso de legalización, se resumen las áreas que precisaron de un especial seguimiento, así como aquellas tareas desarrolladas por considerarse críticas desde el punto de vista de la seguridad global, y que resumiremos en: -Instalaciones generales: energía (gas y electricidad), agua, climatización, cocina. -Instalaciones específicas: gases medicinales, protección radiológica, esterilización, circuitos hemodiálisis, climatización quirúrgica y de áreas críticas. -Equipamiento electromédico: formación orientada a su manejo y soporte técnico. -Tecnologías de la Información y la Comunicación. -Proceso de traslado de pacientes y de la actividad asistencial: ralentización-traslado-resincronización, garantía de continuidad asistencial, funcionamiento en duplicado, atención especial al soporte a situaciones de riesgo vital, gestión de la farmacoterapia. La coordinación de todas estas tareas ha requerido de un proceso de comunicación interno en el que los mandos intermedios han jugado un papel primordial, y de una apuesta decidida por la formación de todo el

personal, tanto en aspectos específicos como generales de la nueva realidad.

DISCUSIÓN:

La tarea más compleja que puede afrontar una organización sanitaria es, sin duda, el proceso conjunto de traslado-apertura de un centro hospitalario, entendiendo éste de una manera amplia y no sólo como una mudanza. Un traslado como un proceso en el que, paralelo a un cambio de ubicación y una renovación tecnológica, deben reorganizarse los procesos, rediseñarse los circuitos asistenciales y de soporte, y hacerlo manteniendo la cobertura asistencial sin interrupción. A la hora de afrontar esta misión, el equipo directivo del Centro estableció que fuese la Seguridad Global el principio rector de todo el proceso, supeditando a éste cualquier otro aspecto, elemento o estrategia. Básicamente las tareas a asumir, como hemos visto, están centradas en la estructura, son planificables y de índole eminentemente técnica o tecnológica, si bien el foco mediático y la mayor tensión emocional se produce en los períodos finales coincidiendo con el traslado físico de los enfermos, y en el momento en el que mayor número de profesionales de la organización se constituyen como sujetos activos del cambio. Una cuidadosa planificación y la adecuada transmisión de la misma aporta un respaldo a los profesionales que permite acometer la tarea con convencimiento y decisión.

C206.- REDUCCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTER (BRC) A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS DE DIRECCIÓN POR OBJETIVOS (DPO).

DEL OSO-MORÁN J, PÉREZ-COMPANY P, LLINÁS-VIDAL M, DIAZ-ROMERO E, ARTIGAS-LAGE M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Potenciar la mejora del proyecto de reducción de las bacteriemias relacionadas con catéter (en adelante ProDisBRC), mediante la incentivación de los objetivos relacionados, a través de la dirección por objetivos (DPO) y el sistema de información de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El alineamiento de las estrategias de gestión y del sistema de información de cuidados con el ProDisBRC se realiza en cuatro etapas: 1. Búsqueda, selección y adecuación de indicadores de proceso y resultado con impacto directo o indirecto en los objetivos de mejora de BRC; 2. Priorización y temporalización de objetivos susceptibles de incentivación; 3. Pacto de objetivos incentivados por procesos, áreas y unidades; 4. Evaluación de resultados con feedback permanente con los profesionales, staff y responsables del proyecto. La distribución de objetivos incentivados se realiza en los ámbitos grupal e individual, asignándose objetivos-indicadores de proceso y de resultado al primero y solo de proceso al segundo. Así mismo se incluyen indicadores del ProDisBRC en los Cuadros de Mando de las Unidades y se potencian como acuerdos de gestión. La evaluación de los indicadores se realiza mediante un pool de evaluadores internos de diferentes ámbitos: control de calidad, seguridad del paciente, cuidados enfermeros, control de la infección, formación… aunque en algunos casos la evaluación ha sido realizada por la propia Unidad.

RESULTADOS:

Los indicadores de tasas de BRC muestran un descenso continuado desde el inició del proyecto de un 50%. La tasa de BRC ha pasado de 0.66 ‰ en 2008 a 0.32 ‰ en

2010. El número de indicadores relacionados con la mejora de las BRC ha pasado de 2, a los 9 actuales. El 100% de los Cuadro de Mando de las Unidades de hospitalización, críticos y urgencias incorporaban indicadores relacionados con el proyecto, en muchos casos incentivados. El número de profesionales de enfermería con objetivos incentivados relacionados con el proyecto es de 1.186 lo que supone un 60 % del total del colectivo. El grado de consecución de los objetivos incentivados ha sido de un 92%, con un coste de 1.024.960 € entre el 2009 y 2010.

DISCUSIÓN:

Alinear estrategias de gestión con estrategias de mejora de la practica clínica, facilita y mejora los resultados que se obtienen. Si además se dispone de un sistema de información que propone indicadores, evalúa y analiza resultados se asegura la mejora. La incentivación de algunos objetivos puede amplificar el impacto del programa al aumentar la motivación. Es necesario que los proyectos de seguridad incluyan mecanismos de corrección (retroalimentación) que permitan incorporar las oportunidades de mejora que aparecen durante su desarrollo, sin esperar a resultados finales. Una de las grandes dificultades encontradas está relacionada con la fiabilidad de las evaluaciones y la sensibilidad de los indicadores para medir exactamente aquello que interesa.

C207.- SALVAR BARRERAS EN LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO.

SEVILLA-VALLÉS A, GARCÍA-RUBIO A, ALACID-HERNÁNDEZ A, MARTÍN-LOZANO R, SÁNCHEZ-BETETA JJ, SÁNCHEZ-MARTÍNEZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Generales: Mejorar la seguridad del paciente quirúrgico. Específicos: Adecuar la cumplimentación del listado a la metodología recomendada por la OMS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En la evaluación realizada por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia de la implantación del listado de verificación quirúrgica se aprecia que nuestro hospital debe mejorar su utilización y correcta implantación. Para ayudar al diagnóstico de la situación se ha utilizado un análisis de campo de fuerzas, técnica que evalúa las fuerzas impulsoras y limitantes que las afectan, con el objetivo de detectar cuales son las barreras que hay que superar, estableciéndose el nivel de priorización. Las barreras encontradas son: 1. No se sigue la metodología de la lista OMS, hay un sobre-registro. 2. Falta de liderazgo del coordinador del listado. 3. Escasa implicación de los facultativos. 4. No existe cultura de trabajo en equipo.

RESULTADOS:

Mediante consenso en una sesión de trabajo con los Jefes de Servicio, Supervisores de Enfermería y representantes de la Dirección, se proponen las siguientes actuaciones para salvar las barreras: 1. Implicación de la Dirección, Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería. 2. Entrenamiento para mejorar la metodología mediante la grabación de un vídeo en el que han participado profesionales del área quirúrgica y ha sido financiado por el Programa de Seguridad del Paciente. 3. Apoyo metodológico a los coordinadores del listado. 4. Nombramiento de líderes de quirófano por especialidad. 5. Envío de bibliografía a los líderes médicos y de enfermería para que la difundan a todos los miembros del equipo.

DISCUSIÓN:

La grabación del vídeo "Cirugía segura salva vidas: Conecta con la lista OMS" ha servido como sesión de entrenamiento para mejorar la implementación y el trabajo en equipo, en la que han participado 18 miembros del equipo quirúrgico que colaborarán en el apoyo metodológico a los coordinadores del listado. Para la difusión del vídeo se hará una presentación en el Salón de Actos dirigida a todos los profesionales del bloque quirúrgico.

C208.- ADAPTACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DE MANOS DE LA OMS CON LOS RECURSOS DISPONIBLES EN UN HOSPITAL.

MARIN-GUERRERO * AC, MUÑOZ-MONTERO P, ACEVEDO-RAMOS MC, RIVAS-MUÑOZ M, ROSADO-MUÑOZ A, GONSETH-GARCIA J.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

En el Hospital nos hemos propuesto con los recursos disponibles prestar una atención limpia y segura a los pacientes siguiendo la estrategia multimodal de la Higiene de Manos propuesta por la OMS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Como método de trabajo se ha adoptado la "guía para la aplicación de la estrategia multimodal de mejoramiento de la higiene de las manos de la OMS" que consiste en ir cumpliendo con los diferentes puntos contenidos en sus 5 etapas (preparación del Hospital, evaluación inicial, puesta en marcha, evaluación del impacto y resultados y planificación de la extensión) y con los recursos disponibles, se ha dispuesto la formación de observadores y formadores, la ubicación de los dispensadores de solución hidroalcohólica en los puntos de atención de los pacientes y la promoción de los "5 momentos de la higiene de manos", piedra angular de la estrategia multimodal.

RESULTADOS:

Hasta el momento el Hospital ha cumplido con la primera y segunda etapa de la "guía de implementación de la estrategia multimodal de mejora de higiene de manos". Se ha formado al Grupo de Higiene de Manos, encargado de hacer las observaciones del cumplimiento y la formación del personal. Se han instalado los dispensadores y verificado que existan soluciones hidroalcohólicas en los puntos de atención de los pacientes. La cartelería indicando los 5 momentos se ha distribuido por el Hospital en puntos estratégicos. Se ha realizado una observación basal con una metodología que permita obtener resultados válidos y comparables con nuevas observaciones. Para celebrar el Día Mundial de la Higiene de Manos se realizó un aula didáctica y se ha pasado el cuestionario de

conocimientos y percepciones al personal del Hospital sobre la Higiene de manos. Y se prevé a corto plazo, anterior a la formación, realizar una segunda observación del cumplimiento de higiene de manos, con el objetivo de revelar cual ha sido el impacto de la disponibilidad de las soluciones hidroalcohólicas y la cartelería.

DISCUSIÓN:

Con los recursos disponibles, se puede apoyar la atención limpia y segura a los pacientes que reclama la OMS en su estrategia, pero sin el apoyo de los profesionales que han participado durante todo el proceso esto sería imposible. Por hacer resta, la formación al personal de Hospital, la evaluación del impacto de las sesiones de formación y la etapa mas complicada de planificación, que es la extensión y continuidad de la estrategia multimodal en el Hospital.

C209.- EVITAR EL EXTRAVÍO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS. ANALISIS DE CAUSA RAIZ.

GOMEZ-SANTILLANA GM, PEREZ-ALONSO PM, TORDERA-RAMOS TM, OTERO-LORENZO OM, BELINCHON-BELINCHON BJ, BALLESTEROS-CAVERO BJ.

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. CUENCA.

OBJETIVOS:

Durante el año 2010 la perdida de historia clínica ha sido el principal motivo de reclamación en nuestro hospital (10% del total de las reclamaciones). Implementar medidas correctivas es oportuno y pertinente. Para lograrlo, la OCAU (Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario) en sintonía con la Dirección Gerencia ha creado un grupo de mejora para analizar la madeja causal y acordar actuaciones para evitar la pérdida de historias clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realización de un análisis causa raíz con las siguientes fases: o Constitución de un grupo de trabajo, representado por la Dirección gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Oficina de Calidad y Archivo o Descripción del circuito de la historia clínica mediante diagrama de flujo o Análisis de las causas: Diagrama de Ishikawa o Desarrollo de soluciones y plan de acción : Marcando unos tiempos, responsables e indicadores o Implantación y seguimiento de las medidas: Objetivos pactados por Servicios. Medición de indicadores anuales.

RESULTADOS:

1º Grupo de mejora constituido y dinámico. 2º Encontramos las siguientes categorías y riesgos en el diagrama de Ishikawa: o liderazgo débil del servicio demandante de la historia. o Errores de registro de la historia. o Estancamiento del circuito. o Deficits de las condiciones físicas (luz, espacio, etc.) en Archivo. o Formación deficiente sobre el software de préstamo de historias del profesional de consultas. o Sobrecarga de trabajo del personal del Archivo Se han priorizado las actuaciones siguientes dentro de cada categoría: o Normas y Procedimientos: Creada la Normativa interna en la que

figure la responsabilidad funciones y plazos de devolución (hecho). o Equipo y recursos: Mejora de la iluminación, busqueda activa desde el archivo de las historias perdidas (hecho) o Comunicación: Periodicidad de la petición de historias no recuperadas, reforzar el liderazgo del servicio demandante, feed-back de las reclamaciones a los servicios, o Formación: Formación al personal de Archivo. Talleres de formación para el personal de consultas (pendiente).

DISCUSIÓN:

La pérdida de historia clínica es un error grave en documentación clínica y es un suceso centinela clásico. El sistema de gestión de reclamaciones lo identifica como una prioridad para el paciente. Se ha usado el ACR como modelo del estudio retrospectivo de eventos adversos, que nos ha permitido subrayar déficits en los procesos (más que comportamientos individuales) , aumentar la cohesión del colectivo , priorizar acciones correctivas, y mejorar los resultados todo ello escuchando la voz del paciente y del colectivo sanitario.

C210.- IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST EN EL PROCESO DE ALTA/CAMBIO DE NUEVOS MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

TITOS-ARCOS JC, GONZÁLEZ-GONZÁLEZ S, LÓPEZ-NICOLÁS C, ESPÍN-LÓPEZ MC, MARTÍNEZ-BUENO MA, IRANZO-FERNÁNDEZ MD.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Implantar un listado de comprobación (checklist) para mejorar la seguridad del paciente y asegurar que toda la información relevante en el momento de incorporar nuevos medicamentos, esté disponible antes de realizar el proceso de alta o cambio de los mismos en el aplicativo informático.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Elaboración de un checklist desde el área de gestión del servicio de farmacia en el que se incluyeron características del medicamento que debían de ser revisadas antes de que fuera dado de alta o bien se realizara un cambio (de marca comercial, de presentación o adquisición por medicamentos extranjeros) en el aplicativo informático SAVAC®. Las características del medicamento a considerar fueron las siguientes: medicamento incluido o no en guía farmacoterapéutica (GFT), termolábil, fotosensible, de alto riesgo (MAR), reenvasable (entero, fraccionable, para triturar o para administrar por sonda nasogástrica), con contenido en lactosa o con presencia de látex. Se elaboraron unos listados en forma de boletín de medicamentos termolábiles, fotosensibles, de alto riesgo, de administración por sonda nasogástrica, de contenido en lactosa y de presencia en látex, y se diseñaron etiquetas amarillas y símbolos de sol, para señalizar en estantería los MAR y los medicamentos fotosensibles, respectivamente. En la implementación del checklist intervinieron diferentes áreas: gestión clínica, centro de información del medicamento, reenvasado y dosis unitarias. Se constituyó una reunión con los responsables de las áreas implicadas para concretar el circuito a seguir.

RESULTADOS:

El número de medicamentos a los que se le aplicó el checklist, desde enero de 2011 a mayo de 2011, fue de 61 correspondiendo un 54% (33) a altas (9 incluidos en GFT y 24 no) y un 46% (28) a cambios (10 por marca comercial, 17 por presentación y 1 por adquisición a través de medicamentos extranjeros). La aplicación del checklist permitió detectar: 15 medicamentos termolábiles, 14 fotosensibles, 12 MAR, 5 reenvasables, 8 con contenido en lactosa y ninguno con presencia de látex.

DISCUSIÓN:

- La aplicación de un checklist a los medicamentos para alta o cambio es una herramienta eficaz para protocolizar una práctica diaria que se traduce en una mejora en la seguridad del paciente en relación con la administración de medicamentos, favorece la comunicación y el trabajo en equipo. - La correcta realización de este proceso conlleva un incremento del tiempo necesario, además de una gran coordinación entre las diferentes personas que intervienen en el mismo. - Este proceso permitió la actualización de los boletines previos elaborados y la señalización en estantería aquellos medicamentos que fueran MAR y fotosensibles. - Queda pendiente completar el proceso para poder comprobar que las modificaciones hayan sido realizadas, ya sea por alta o cambio.

C211.- IDENTIFICACION INEQUIVOCA DE SOLICITUDES Y DE MUESTRAS BIOLOGICAS. ELABORACION DE UNA INSTRUCCIÓN DE SEGURIDAD.

CUADRADO-CENZUAL MA, MAÑAS C, CASANOVA E, ALONSO G, ALGUACIL A, ARROYO M.

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS MADRID. MADRID.

OBJETIVOS:

Los errores de identificación del paciente y/o sus muestras biológicas suponen un problema grave con repercusión directa e inmediata, conllevando un potencial riesgo para el paciente Analizar la eficacia de la implantación de una estrategia de mejora de identificación inequívoca del paciente y sus muestras biológicas en las solicitudes analíticas de nuestro Hospital. Se valora su grado de cumplimiento así como su validez como herramienta de aplicación en calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para conseguir una identificación inequívoca de paciente y sus muestras se creó un protocolo de actuación a seguir por todos los profesionales implicados en el proceso de petición y realización de pruebas analíticas; al igual que una "Instrucción de Seguridad de Identificación Inequívoca de Solicitud y muestra biológicas" de obligado cumplimiento para todos los profesionales implicados. Se evaluaron las incidencias de identificación en las solicitudes Urgentes (Hospitalización y Puerta de Urgencias) , antes y después de la implantación de las medidas correctoras. Se utilizó como indicador clave la identificación del paciente mediante etiqueta con código de barras,. Se clasifican así las solicitudes analíticas en dos grupos: A- Identificación con etiqueta y B -Sin etiqueta. En este último grupo se evaluó el porcentaje de pacientes no pudieron identificarse (ausencia de datos, datos insuficientes, ilegibles).

RESULTADOS:

De las 4573 (1173 x 4) solicitudes analizadas durante del mes de junio procedentes de la puerta de urgencia, un 5,2% de las solicitudes vienen sin etiqueta del paciente y de estas en el 3,2% fue imposible identificar al paciente

debido a que la letra era ilegible o no se había cumplimentado el nombre. En el caso de las solicitudes analizadas de las urgencias de Hospitalización (5204 (1602x4) solicitudes), un 16% de las solicitudes viene sin etiqueta y fue imposible identificar al paciente en el 4,5%. Después de la implantación de las medidas correctoras, se ha visto que un 0,88% de las 9526 solicitudes que provenían de la puerta de urgencia, vienen sin etiqueta del paciente y dentro de estas no se identificó al paciente en el 9,5%. De las 12617 solicitudes que provenían de las urgencias de la planta, viene sin etiqueta del paciente un 1,98%, y de estas fue imposible identificar al paciente en el 5,3%.

DISCUSIÓN:

Tras analizar los datos obtenidos después de la implantación de la Instrucción de Seguridad, se aprecia que tanto en la puerta de urgencias como en la urgencia de hospitalización ha disminuido considerablemente el número de solicitudes que nos llegan al laboratorio sin etiqueta identificativa del paciente, al igual que el porcentaje de solicitudes en las que no se pudo realizar la identificación del paciente . Por lo tanto, la estrategia empleada ha sido eficaz y tanto el protocolo como la instrucción de seguridad nos han servido como herramientas de mejora.

C212.- CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI:PRIMER PASO HACIA LA CALIDAD ASISTENCIAL.

TORMO-FERRÁNDIZ S, MARTÍNEZ-LLOPIS B, TRULL-NAVAL J, BAÑÓN-FERNÁNDEZ L, DÍES-LUCAS S, BURDEOS-PALAU E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

Reducir las infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de La Ribera a través de la implantación de un sistema de notificación y gestión de eventos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En colaboración con el servicio de Medicina Preventiva se modificaron los protocolos sobre bacteriemias relacionadas con catéter (BRC), neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) e infección urinaria relacionada con sonda (IURS). Se realizaron sesiones informativas a diferentes servicios del hospital, una enfermera especialista en epidemiología revisa todos los días las posibles fuentes de infección y se han creado nuevas vías de comunicación: - El servicio de Medicina Preventiva informa mediante correo electrónico semanal de todas las infecciones nosocomiales adquiridas en la UCI en ese período. - Se han asignado responsables médicos a cada tipo de infección a los que se envían correos electrónicos desde microbiología en cuanto se obtiene un resultado positivo. - Se obtienen semanalmente las tasas de infección lo que permite detectar de forma precoz los brotes y las infecciones por patógenos multirresistentes.

RESULTADOS:

La detección precoz de patógenos multirresistentes ha permitido su rápido aislamiento evitando así la propagación del mismo con la consiguiente disminución de brotes y la reducción de la duración del brote. Además se han aplicado medidas como el incremento del número de enfermeros y auxiliares y medidas de aislamiento general.Se han cambiado la povidona yodada por clorhexidina tanto para algunos tipos de cirugías como para procedimientos intra-UCI. Hemos adaptado los protocolos sobre canalización y cuidados de vías centrales,

de prevención de NAVM y se ha elaborado un protocolo de retirada de sonda vesical. Se ha participado en el proyecto Bacteriemia Zero y Neumonía Zero con excelentes resultados: disminución del número de BRC de 5,4 bacteriemias / 1000 días de catéter a 2,2 bacteriemias /1000 días de catéter.

DISCUSIÓN:

La prevención de infecciones nosocomiales se está convirtiendo cada vez más en pilar fundamental de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente. El trabajo en equipo entre los servicios quirúrgicos, Medicina Preventiva, Microbiología y Medicina Intensiva nos ha permitido una reducción significativa de las BRC, la detección precoz de patógenos multirresistentes así como de brotes epidemiológicos lo que ha permitido el aislamiento rápido de los pacientes y la resolución de los brotes. Esperamos en un futuro tener resultados similares en NAVM e IURS.

Sesión de Comunicaciones IV

Sala 3

Medicamentos

C213 – C224

C213.- INDICADORES DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA UNIDAD DE PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS.

DÍAZ-CARRASCO MS, MUROS-ORTEGA M, FERNÁNDEZ DE PALENCIA-ESPINOSA MA, GARCÍA-MOLINA O.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Cuantificar la intervención farmacéutica, sobre las prescripciones de fármacos citostáticos, en una unidad centralizada de preparación. Describir el perfil de dichas intervenciones. Valorar su repercusión en el tratamiento del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Como parte del procedimiento normalizado de trabajo del área de preparación de citostáticos, se estableció la medida de un indicador de intervención farmacéutica, realizado sobre el total de las prescripciones recibidas un día al mes. Para el presente estudio se recogen los indicadores correspondientes a los años 2008, 2009 y 2010, analizando y desglosando los tipos de intervención realizados. Se valora la influencia/aceptación de las intervenciones en relación a que hayan originado o no modificaciones del tratamiento.

RESULTADOS:

Durante los tres años analizados se han realizado 21 medidas del indicador de intervención. En ellas se han incluido 1006 prescripciones, con 1847 fármacos citostáticos y 1948 oportunidades de intervención (incluyendo medicación concomitante). El número de preparaciones incluido en el análisis corresponde a un 2,4% de las 75.796 dosis preparadas durante el periodo de estudio. El indicador global de intervención ha sido del 4,9%. Destacar que en un 1,5% de los ítems se realizó una intervención relacionada con la detección de un error. La distribución de las intervenciones fue la siguiente: dosis del fármaco 42,7%, antiemesis y premedicación 27,1%, pauta de administración (incluyendo dilución y orden de administración) 10,4%, protocolo (incluyendo periodicidad, duración tratamiento) 6,3%, fármaco citostático en sí

5,2%, datos antropométricos 5,2%, uso de un medicamento no incluido en guía farmacoterapéutica 2,1% y paciente erróneo 1%. Un 69,8% de las intervenciones provocaron una modificación en el tratamiento del paciente: un 35,4% previa aceptación del prescriptor y un 34,4% de forma directa (ajustes a aspectos protocolizados).

DISCUSIÓN:

La intervención farmacéutica sobre la prescripción en el área de citostáticos se muestra de nuevo como una herramienta para aportar valor añadido a la labor del Servicio de Farmacia, que va más allá de la mera preparación. Destacar el porcentaje de detección de errores en esta revisión, muy superior al 0,3% publicado previamente por nuestro equipo en los años 2003-04, con una metodología distinta.

C214.- GRUPO DE MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL: PROGRAMA DE MEJORAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.

MESTRES-MIRALLES C, MORENO-LUCAS S, FRAILE-GALLART MJ, MIRALLES-VERA J.

HOSPITAL SANT RAFAEL. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Se consideran "medicamentos de alto riesgo" aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Definir métodos seguros de prescripción, dispensación y administración de fármacos considerados de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para facilitar la prescripción, manejo y administración de dichos medicamentos, se ha trabajado a través de un grupo de mejora de uso de medicamentos. El grupo se formó a raiz del Plan de Calidad 2008, está constituido por: farmacéutico, técnico de farmacia, tres médicos, enfermeras y coordinador de calidad. Su objetivo es la mejora en el uso seguro de medicamentos, proponiendo acciones y soluciones a problemas detectados por el mismo grupo, o derivados a él a partir de profesionales del hospital o Comités asistenciales. Su trabajo ha estado orientado en: 1. Establecer y difundir una relación de medicamentos de alto riesgo disponibles en el hospital. 2. Establecer dosis máximas diarias y alertas automatizadas. 3. Estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración 4. Implantar prácticas de doble chequeo en su preparación y administración. 5. Mejorar el acceso a la información sobre estos fármacos.

RESULTADOS:

Se han implantado las siguientes acciones: - Alertas automatizadas que visualiza el médico en la prescripción electrónica de fármacos considerados de riesgo como antiarrítmicos, anticoagulantes orales, agonistas /antagonistas adrenérgicos…cuando prescribe dosis superiores a las dosis máximas recomendadas. -

Prescripción electrónica a través de Protocolos de prescripción de: o Amiodarona bomba jeringa o Dobutamina/Dopamina/Nitroglicerina perfusión o Dopamina bomba jeringa adrenérgica/diurética o Protocolos insulina basal y correctora en M.Interna o Protocolo insulina + sueroterapia en Cirugía - Cambio de las presentaciones de cloruro potásico concentrado de las unidades asistenciales por soluciones diluidas. Elaboración de un protocolo de uso de estas soluciones, definiendo su prescripción y almacenamiento.. La forma concentrada queda únicamente ubicada en el Servicio de Farmacia y su prescripción limitada a Medicamento Restringido. - Se ha elaborado una guía de Administración de medicamentos de riesgo adaptada las necesidades del hospital, de uso sencillo, en formato de tablas: fármaco, indicación, dosificación, recomendaciones y ubicación. Se ha realizado una difusión/información a todos los profesionales implicados, de las diferentes acciones.

DISCUSIÓN:

La sistemática de trabajo las Comisiones asistenciales que tratan temas de medicamentos (Farmacia, Errores de medicación), pone en evidencia problemas diversos, que al ser derivados al Grupo de trabajo del uso del medicamentos, ha permitido llevar a cabo acciones de mejora de una manera fácil, efectiva y relativamente rápida. La difusión de las mejoras acordadas ha dado lugar a una mayor concienciación de los profesionales sobre los medicamentos de alto riesgo.

C215.- EVALUACION Y MEJORA DE LA PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

ESCUDERO-SANCHEZ MC, MORALES-FRANCO B, PIQUERES-VIDAL CF, GIMENEZ-BELLO JJ, SOLA-ABENZA MC, BRU-AMOROS A.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

Mejorar la eficiencia de la prescripción farmacéutica impulsando la prescripción por principio activo. Conocer el perfil de prescripción en el servicio de Urgencias Hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Material: Informes de alta a domicilio de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, realizados en el aplicativo Selene. Método: Estudio retrospectivo, Formula: Tasa Marco muestral: Total de informes de alta a domicilio de Urgencias desde Enero 2010/ Marzo 2011. Tamaño de la muestra: 25 informes mensuales. Método de muestreo: Aleatorio simple. Método de sustitución: Inmediatamente anterior. Periodicidad: Mensual. Formula: Número de prescripciones de fármacos por principio activo x 100/ por nº de prescripciones totales. Valor Objetivo: > ó = 30%.

RESULTADOS:

En la evaluación del primer y segundo mes se obtuvieron unos resultados de prescripción por principio activo de 8,10% y 16,21% respectivamente. Se convoca ante estos resultados una reunión con los Facultativos del Servicio de Urgencias, en Marzo de 2010, para informarles sobre la prescripción por principio activo, valor objetivo del servicio y sus ventajas. Las cifras de prescripción PPPA (prescripción por principio activo) ascienden de forma progresiva hasta llegar al 30,76% en el mes de Septiembre. Se observa un descenso significativo en las cifras de Octubre y Noviembre donde llegan hasta el 15,15%. Ante esta evolución se hace necesario convocar nuevamente a los facultativos del Servicio para informarles de los resultados, y solicitar su implicación en la mejora de la PPPA. Los resultados finales son muy satisfactorios llegando al 37,5% en la prescripción de Marzo de 2011.

DISCUSIÓN:

El manejo de fármacos por su nombre es de gran importancia para su uso adecuado: mejora el conocimiento de los mismos y aumenta la seguridad en la utilización.Médico, paciente y farmacéutico, pueden identificar fácilmente el medicamento. A los profesionales sanitarios les facilita la búsqueda bibliográfica y el intercambio de información científica, ya que la denominación por principio activo es Universal. La nomenclatura DCI (Denominación Común Internacional) fue creada por la OMS en 1953, con el objetivo de dotar con un nombre específico a cada sustancia farmacológica, de forma que pudiera ser reconocida y pronunciada en todo el mundo. La prescripción por principio activo mejora la eficiencia del sistema sanitario, contribuyendo a la disminución del gasto farmacéutico (Ley de Garantías). A pesar de los conflictos de intereses que puedan existir entre los diferentes agentes que intervienen en el uso del medicamento, la mejora en la calidad de los tratamientos ha de ser un principio básico de todo sistema sanitario. Es importante implicar a los profesionales de los Servicios de Urgencias en el Uso Racional del Medicamento, a través de sesiones informativas y evaluación de resultados. Destacar la necesidad de la periodicidad de estas sesiones para conseguir los objetivos de prescripción.

C216.- ANÁLISIS DEL GASTO FARMACÉUTICO COMO OPORTUNIDAD PARA LA MEJORA DE PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS EN NEONATOLOGÍA.

HERNANDEZ-BORGES AA, PEREZ-HERNANDEZ R, GONZALEZ-BARRIOS D, ORMAZABAL-RAMOS C, BULLEJOS-MOLINA M.

HOSPITAL UNVERSITARIO DE CANARIAS. LA LAGUNA (TENERIFE).

OBJETIVOS:

Conocer qué fármacos suponen la mayor parte del gasto farmacéutico de nuestro servicio y diseñar estrategias de contención del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo sobre el gasto farmacéutico en 2010 del servicio de Neonatología (ocho camas de intensivos neonatales y cuatro pediátricas; 17 camas de cuidados intermedios). Análisis ABC de los fármacos empleados en el servicio en 2010. Para los del grupo A se analizó su ajuste a recomendaciones y las alternativas comerciales existentes. Igualmente se estimó la posible reducción de gasto de cada una.

RESULTADOS:

El servicio de Neonatología generó un gasto farmacéutico de 328.313,21 euros (0,8% del total del centro). Dos fármacos justificaron el 91% del gasto, Palivizumab (Ac monoclonal preventivo de bronquiolitis por virus respiratorio sincitial) y Óxido Nítrico (NO, gas medicinal para el tratamiento de la hipertensión pulmonar –HTP-). Se usó palivizumab en 72 pacientes, esto es, 287 viales del fármaco, de los que 63 eran de 50 mg. Estos pacientes incluían 10 prematuros tardíos (32-35 semanas de Edad Gestacional –EG-). Trece niños fueron tratados con NO (1939 horas de uso total), 8 eran grandes prematuros (< 32 semanas de EG) con fallo respiratorio precoz, aunque con evidencia de HTP clínica o por ecocardiografía sólo en seis. La FiO2 al comienzo del tratamiento fue < 60% en 5 y la dosis de NO de inicio fue < 10 ppm en 12. La retirada del NO no siguió un patrón uniforme en los supervivientes. En los fallecidos nunca llegó a retirarse antes del exitus.

DISCUSIÓN:

Este estudio demuestra que el análisis del gasto farmacéutico puede generar oportunidades de mejora de prácticas clínicas. Así, los viales de 50 mg de palivizumab son un 18% más caro que los de 100: si no se hubiera empleado tal presentación se podría haber evitado el gasto de hasta 4.571 euros. Pero además, las recomendaciones actuales consideran que la categoría de pacientes de 32-35 semanas de EG está sujeta a la disponibilidad de recursos, dada su escasa coste-efectividad en estos pacientes. Si estos niños no se hubieran tratado en 2010 se podría haber evitado el gasto de hasta 18.000 euros. Se detectó gran variabilidad en el uso del NO. Así, se empleó como tratamiento de rescate de pacientes muy prematuros, y su retirada se hizo de forma poco homogénea. Además, con otra presentación comercial de NO con un coste unas cinco veces menor, el gasto total de 2010 podría haber sido de hasta 36.000 euros menos. En conjunto, el efecto de distintos patrones de uso podría haber supuesto hasta unos 59.000 euros menos de gasto (18% del gasto total). Las estrategias de contención del gasto farmacéutico que hemos planificado son: 1) Concentrar la cita de los pacientes para administración de palivizumab en ciertos días, de forma que se pueda optimizar el uso de viales de 100 mg; 2) Administrar palivizumab sólo en las indicaciones con grado de recomendación I; 3) Protocolizar el uso y hacer un seguimiento diario de los pacientes con NO; 4) Estudiar la sustitución del proveedor de NO.

C217.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR LOS MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL.

LÓPEZ-GUERRERO FA, GÓMEZ-GARCIA MJ, HERNANDEZ-JIMENEZ P, RODRIGUEZ-DE LA VEGA E.

HOSPITAL DE MOLINA. MOLINA DE SEGURA (MURCIA).

OBJETIVOS:

Analizar los factores de riesgo que influyen en la incidencia de Acontecimientos Adversos causados por medicamentos (AAM) en un Servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de los AAM en el CMBD codificado con la CIE-9 MC del periodo 2008-2010 del servicio de medicina interna de un hospital comarcal pequeño, que contenga en sus diagnósticos los códigos: 960-979 (envenenamiento por drogas, medicamentos...), E850 – E858 (intoxicación accidental por drogas y fármacos...), E930-E949 (sustancias medicamentosas y biológicas que causan efectos adversos en su empleo terapéutico). Excluimos del estudio las altas con GRD´s 449, 450 y 582 (envenenamiento y efecto tóxico de drogas en adultos con y sin complicación y lesión...) porque el AAM producido es el diagnóstico principal del ingreso hospitalario y, por tanto, es extrahospitalario. Adicionalmente se consulta la HHCC electrónica (aplicación INDRA I-MDH) de todos los registros e informes del médico, enfermería y prescripción electrónica para añadir información no contenida en el CMBD (si es evitable y gravedad).

RESULTADOS:

En el periodo estudiado se produjeron 8.332 altas de Medicina Interna. La incidencia de altas que coincidían con los requisitos del estudio fueron 98 (1,18%). El 64% se consideraron evitables y el 36% inevitables. en cuanto a su gravedad; 64% leve, 21% moderada, 5% grave y 10% letal. Se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el grupo con AAM (grupo A) respecto al total de altas de los 3 años (grupo B) : Mortalidad: A = 10%, B = 5,5%. Edad media; A = 76 ± 17 años, B = 64,23 ± 22 años. Porcentaje de

mujeres; A = 70% mujeres, B = 52%. Estancia media = 8,1± 5,6 días, B = 6,8 ± 5,3 días. Los 10 GRD´s con mayor incidencia de AAM sumaron el 60% (B = 33%). Si analizamos uno por uno los 10 GRD´s con mayor incidencia (60%de los AAM) encontramos, entre otros hallazgos, que la incidencia de AAM en altas con GRD 568; insuficiencia renal (IR) con complicaciones (CC) es del 14,29%, GRD 316 (IR sin CC) = 8,62 y GRD 294 diabetes > 35 años = 7,69%. Los grupos de medicamentos con mayor incidencia fueron: Anticoagulantes orales: 31,25%, digoxina; 21,88%, Antidiabéticos 7,29%, analgésicos y antibióticos 6,25 por ciento cada uno.

DISCUSIÓN:

Los perfiles de paciente con mayor riesgo de sufrir un AAM en Medicina Interna son: ser mujer, de elevada edad con Insuficiencia Renal y/o Diabetes y estar en tratamiento con anticoagulantes orales, digoxina y/o antidiabéticos. La consecuencia es una mayor mortalidad y un aumento de la estancia media. Por tanto, se deben diseñar sistemas que tengan en cuenta a los medicamentos y pacientes con más riesgo para disminuir el 64% de AAM evitables. Se pueden Introducir líneas de "alto riesgo" en el proceso. Dar una seguridad adicional a la dispensación de estos medicamentos, con una mejor trazabilidad del medicamento en todo el proceso: prescripción, validación, dispensación y administración y aumentar el seguimiento de estos pacientes.

C218.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES DE CITOSTÁTICOS RECIBIDAS EN FORMATO PAPEL EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

FERNÁNDEZ-GABRIEL E, BUSTO-FERNÁNDEZ F, MARTÍN-HERRANZ I.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

La prescripción médica manual y su posterior interpretación y transcripción para la validación, por parte del farmacéutico, y para la administración, por parte de enfermería, supone un punto crítico en la seguridad del paciente. En el caso de citostáticos, el riesgo se ve incrementado por el estrecho margen terapéutico, la elevada toxicidad, la actualización constante de protocolos clínicos y convivencia con múltiples protocolos en investigación y la polivalencia de los citostáticos clásicos. El objetivo es evaluar la calidad de las prescripciones de medicamentos citostáticos recibida en el Servicio de Farmacia (SF) de un Complejo Hospitalario Universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

De las prescripciones recibidas en formato papel entre Oct-Dic 2010, se revisaron aquellas transcritas por uno de los farmacéuticos responsables (selección aleatoria). Se analizó la cumplimentación/omisión de los siguientes ítems (conforme"Documento de consenso para la prevención de errores de medicación en quimioterapia"-Gedefo,2001- y "Guidance to Support BOPA Standards for Clinical Pharmacy Verification of Prescriptions for Cancer Medicines"-BOPA,2010): Nombre completo y Número de historia clínica (NHC) del paciente, peso, talla, y superficie corporal calculada (SC), nombre del protocolo aprobado en el Hospital/Código del ensayo clínico, Número de ciclo, Nombre de los citostáticos del esquema (sin abreviaturas o nombres comerciales), dosis, unidades (abreviaturas del sistema internacional), días, vía, vehículo, modo y duración de la administración, medicación adyuvante, datos y firma del prescriptor y localización del paciente.

RESULTADOS:

n=150 prescripciones. El nombre completo y NHC figuran en el 99%. Los datos antropométricos, peso y talla, están

cumplimentados en el 13% de prescripciones y la SC se consignó en el 21%. Se especifica el nombre/código de protocolo en el 50% de casos, y el número de ciclo en el 23%. En el 33% de prescripciones, los nombres de principios activos aparecen incompletos, con abreviaturas o nombres comerciales. Las dosis y unidades están correctamente reflejadas en el 99% y 98% de ellas, respectivamente. Se definen claramente los días de administración en el 91%. La vía de administración se indica en el 47%, el vehículo en el 54%, el modo de administración en el 41% y la duración en el 56% de prescripciones. La medicación adyuvante viene indicada en el 71%. En un 43% de prescripciones no figura dato identificativo ni firma del médico prescriptor. La localización indicada es inequívoca en el 89% de casos.

DISCUSIÓN:

Se detectaron dos áreas clave donde la información contenida en la hoja de prescripción es deficiente: Datos antropométricos (porcentaje de omisión del 80%), fundamentales para una validación farmacéutica segura. Instrucciones relativas a la administración (porcentaje de omisión superior al 50%). Como medida correctora se propone la implantación de Sistemas Informáticos de Gestión de Tratamientos Citostáticos con módulos para la prescripción electrónica.

C219.- DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA GUÍA PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN EL ATENCIÓN PRIMARIA.

MUÑOZ-JIMENEZ H, RUIZ-MALDONADO JM, ANZA-AGUIRREZABALA I, GARCIA-GARCIA M, CASADO-GALINDO E, NAVARRETE-CARRANZA JM.

GERENCIA AREA III SMS. LORCA.

OBJETIVOS:

En los últimos años ha aumentado el número de pacientes polimedicados, lo que aumenta las dificultades para evitar interacciones medicamentosas indeseadas en las prescripciones. 1- Desarrollar una guía de interacciones medicamentosas enfocada a la atención primaria. 2.- Medir el impacto sobre la prescripción con interacciones farmacológicas en los médicos de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elabora una guía adaptada a la dinámica de las consultas del médico de atención primaria de nuestra área. Primero se seleccionaron las patologías más frecuentes en atención primaria. A continuación se listaron los grupos farmacológicos habitualmente utilizados en el tratamiento de las mismas. Después se revisaron todas las interacciones de cada grupo y fármaco usando la base de datos Micromedex®. Dos farmaceúticos descartaron aquellas que consideraron muy infrecuentes dado el ámbito y el perfil habitual del paciente con cada patología y aquellas que son poco relevantes en la salud del paciente. La información recogida se ordena por patologías para facilitar el manejo por parte del médico y se atiende a la farmacología de las enfermedades más prevalentes dado el carácter práctico de la guia e incluye: fármacos que interaccionan, efecto que produce y manejo clínico. Se diseñó un estudio analítico controlado con los médicos de un centro de salud del área III. Se les facilitó la guía de interacciones en formato papel y en formato electrónico instalado en sus respectivas consultas. Como grupo control, los médicos de otro centro de salud del área III . Para medir el impacto sobre la prescripción se eligen 5 de las interacciones más frecuentes en el área y se compara la frecuencia de prescripción en cada uno de los centros de

salud. La información fue recogida de la historia clínica informatizada de Atención Primaria. (OMI).Por principios activos tenemos: captopril o enalapril+ibuprofeno; clopidogrel+ omeprazol; torasemida + ibuprofeno; diacepam+omeprazol y acenocumarol+ ácido acetil salicílico.

RESULTADOS:

La interacción acenocumarol- ácido acetil en el grupo estudio es 5,24% y en el control, 35,53%. En clopidogrel-omeprazol, 31.08% vs 37,08%; torasemida+ ibuprofeno, 9,47% vs 16,46%; diazepam+ omeprazol 28,96% vs 33,83% y captopril o enalapril+ ibuprofeno 14,53% vs 16,89.

DISCUSIÓN:

Disponer de una guia de interacciones en AP produjo una reducción de la prescripción con interacciones medicamentosas indeseadas.

C220.- ANÁLISIS DE UN PROTOCOLO SOBRE ALERTAS DE MEDICAMENTOS RECIBIDAS EN UN CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS.

ARRIBAS-DIAZ B, SÁNCHEZ-MULERO M, NÁJERA-PÉREZ MD, PASTOR-CANO J, LEÓN-VILLAR J, IRANZO-FERNÁNDEZ MD.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

En mayo de 2010 se implantó un protocolo para la actuación y toma de decisiones ante las alertas sobre medicamentos y productos sanitarios recibidas en el centro de información de medicamentos en un área de salud. El objetivo es evaluar el seguimiento del protocolo durante un período de enero de 2010 a mayo de 2011,tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El plan de actuación queda recogido en un protocolo elaborado por el Centro de Información de Medicamentos(CIM) del hospital. El CIM recibe alertas de: Servicio de Ordenación Farmacéutica, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Colegio de Farmacéuticos. Las alertas se clasifican en categorías: seguridad, calidad, desabastecimiento, producto sanitario y medicamentos ilegales. Cuando la alerta afecta a un determinado lote, se comprueba si éste ha entrado en la farmacia y en ese caso es retirado. Si ha entrado y ya ha salido se comunica a los supervisores de enfermería de las plantas afectadas para que lo devuelvan al Servicio de Farmacia y éste se encarga de su devolución al laboratorio. Si se trata de una interacción o un aspecto del medicamento, el CIM elabora una hoja informativa para su distribución a las unidades y centros de salud que puedan verse afectados. En casos de desabastecimientos se valora la sustitución por otro o su tramitación como medicamento extranjero. Cuando no afecta a medicamentos de interés para el área,la alerta es archivada. Las alertas de productos sanitarios son remitidas al departamento de suministros del hospital, que será el encargado de tomar las medidas oportunas.

RESULTADOS:

66 alertas procesadas por sección de primaria de octubre 2010 a mayo 2011, la mayoría procedían de la AEMPS (64). Se clasificaron en: 14 productos sanitarios, 3medicamentos ilegales, 0 desabastecimiento, 38 calidad y11seguridad,4 alertas tuvieron sucesivas modificaciones Alertas procesadas CIM hospital, enero 2010-diciembre 2010: 79 alertas, 77 procedentes de la AEMPS y 2 del laboratorio fabricante (50 calidad, 18 seguridad, 2 desabastecimiento, 9 medicamentos ilegales). 7 alertas tuvieron sucesivas modificaciones. Las 2 alertas de desabastecimiento llevaron aparejada la adquisición de estos medicamentos por medicamentos extranjeros. Las 18 notas de seguridad llevaron a la elaboración de 10 notificaciones farmacoterapéuticas por el CIM del hospital.

DISCUSIÓN:

El protocolo instaurado sirve para guardar la trazabilidad de las alertas que nos han sido remitidas y como un método de aviso eficaz ante desabastecimientos y alertas de seguridad importantes. Destaca el elevado número de alertas recibidas sobre productos sanitarios.

C221.- CUESTIONARIO DE HAMDY: UNA HERRAMIENTA EFICAZ DIRIGIDA AL CONTROL DEL MAYOR POLIMEDICADO.

BUENO-DOMINGUEZ MJ, RODRIGUEZ-DIEZ CS, GIL-GOMEZ MP, BILBAO-SUSTACHA JA, BESORA-CUNILLERA JA.

GRUP SAGESSA. REUS.

OBJETIVOS:

Revisar y modificar tratamientos de forma individual, en base a criterios de seguridad farmacológica de los pacientes polimedicados de las 5 ABS estudiadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Cuestionario de Hamdy.

Estudio multicéntrico descriptivo de los pacientes polimedicados de la población adscrita en 5 ABS. Estos pacientes (606) son los que cumplen los siguientes criterios en el 2010:

· mayores de 75 años

· Uso de más de 6 fármacos de forma continuada durante el periodo estudiado (6 meses):

· Tamaño muestral estadísticamente significativo ($p < 0.05$) de 235, seleccionando los pacientes por muestreo aleatorio en cada ABS.

Fuentes de datos:

· Base de datos de Genomi de Atención Primaria.

· Base de datos de prescripción de farmacia ambulatoria del CatSalut (EX750A y EX450N).

· Base de datos propia en base Acces para la introducción y explotación del cuestionario.

Los facultativos responsables de cada paciente, previa instrucción para la unificación de criterios son los que realizan los cuestionarios.

Variables estudiadas: indicación, duplicidades, simplificación, interacción deseable, ajuste de dosis, interacciones entre fármaco-fármaco/fármaco-enfermedad, y acciones post-evaluación.

RESULTADOS:

En el 9’9% de los casos, la indicación ya no estaba presente. El 9’9% tenía duplicidad farmacológica. En el 26’8% de los pacientes la terapia se podía simplificar. El 16% de los pacientes toman medicamentos para evitar efectos adversos de otro fármaco. Las dosis eran subterapéuticas o tóxicas en un 6’4% de los casos. Había interacciones en un 8’2%. Tras la evaluación, se realizaron acciones en el 20’85% de los pacientes, retirando el fármaco en un 9’4%, cambiando el fármaco en un 8’9% y cambiando la dosis en un 1’7%. En otro 18’87% de los casos sigue en revisión el tratamiento reevaluando el estado del paciente, realizando pruebas complementarias o derivación a especialista.

DISCUSIÓN:

Este estudio es fruto de la inquietud de la Comisión de Seguridad Clínica de Atención Primaria por la problemática derivada de la polimedicación, objetivando la necesidad de aplicar de forma sistemática una herramienta para evitar errores en la prescripción y conciliación de fármacos, evitando la morbi-mortalidad relacionada con el uso inadecuado de fármacos. Por lo tanto, dada la elevada implicación de todos los profesionales y en mejora de la Seguridad Clínica, se propone ampliar este estudio al resto de población de forma sistemática y mejorar la prescripción farmacológica.

C222.- PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS.

ARANTÓN-AREOSA L, DOMÍNGUEZ-GONZALEZ MN, GONZÁLEZ-CRIADO-MATEO C, REBOREDO-GARCÍA S, FACIO-VILLANUEVA A, CIMADEVILA-ÁLVAREZ B.

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos polimedicados mediante asesoramiento sobre uso de fármacos, educación sanitaria y la adecuada colaboración entre los profesionales sanitarios, a través de: - Detectar y resolver de problemas relacionados con uso de medicamentos. - Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos polimedicados. - Mejorar el conocimiento de los pacientes respecto del uso y las indicaciones de los medicamento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseña un programa, coordinado desde la Unidad de Apoyo a la Prescripción (Servicio de Uso Racional y Atención Farmacéutica - Subdirección General de Farmacia) en el que se sistematiza la revisión de la historia farmacoterapéutica y del uso de medicamentos prescritos de forma crónica durante más de 6 meses en la historia clínica electrónica IANUS, emitiendo un informe al equipo asistencial, en el que se notifica la detección de problemas relacionados con la medicación (PRM) y/o resultados negativos asociados a la medicación (RNM), reales o potenciales, para su abordaje. En todos los casos los pacientes pasan al programa de información y educación sanitaria (promoción de la adherencia al tratamiento y adiestramiento en el uso de medicamentos). Población diana: Pacientes crónicos y polimedicados, (6 ó más medicamentos, de forma continuada, durante un período igual o superior a 6 meses).

RESULTADOS:

Se ha diseñado el programa y el circuito asistencial integrado que recae principalmente en el farmacéutico de atención primaria (estudio idoneidad tratamiento

STOPP/START y registro de posibles efectos adversos, PRM, RNM detectados), médico de familia (valoración de efectos adversos, PRM-RNM y consiguientes intervenciones para solventar los problemas de relevancia clínica) y enfermería (valoración de grado de conocimientos sobre enfermedad y medicación, valoración de la adherencia al tratamiento: Test Morisky-Green-Levine, detección de reacciones adversas, educación sanitaria y seguimiento de pacientes) Se ha presentado en todas las gerencias de atención primaria y áreas sanitarias. Actualmente se está pilotando en once centros de salud (al menos uno en cada gerencia/area) para su posterior implantación en toda la comunidad. Se han emitido hasta el momento 1306 informes, de los cuales se ha iniciado episodio (intervenciones sobre idoneidad-PRM-RNM) en 68, permaneciendo 54 de ellos en seguimiento.

DISCUSIÓN:

Algunos casos identificados habían sido exitus por lo que no han podido completar la intervencion. De las intervenciones realizadas, en todos los casos se ha visto reducido el número de medicamentos pautados y minimizado la posibilidad de reacciones adversas. La educación sanitaria y el seguimiento posterior permite valorar como adecuada la evolución de los pacientes, con repercusión específica sobre su calidad de vida y nivel de autonomía. Se han identificado áreas de mejora (déficit de registros, coexistencia de otras prescripciones...) y las consiguientes medidas correctoras.

C223.- ANALISIS DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA AL ALTA EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO.

BLASCO- L, BERNAL-MONTAÑES JM, GONZALEZ-CUELLO A, ALONSO-HERREROS JM, SAN-EUSTAQUIO F.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Analizar las prescripciones farmacológicas al alta hospitalaria, y el porcentaje que se realiza según los indicadores de calidad establecidos en el contrato de gestión: por principio activo, adecuación a la guía, continuidad del tratamiento hospitalario. Como objetivos secundarios: análisis de las divergencias entre servicios, la identificación de los grupos terapéuticos más frecuentemente sustituidos al alta hospitalaria, y analizar la adecuación de estas sustituciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis de archivos informáticos (historias clínicas, informes al alta) de 240 pacientes que recibieron el alta en un hospital general universitario, y que tenían al menos un fármaco prescrito al alta. La identificación de los pacientes se realizó sobre el sistema "Selene®". La posterior extracción de la información detallada de cada uno de dichos informes se realizó mediante el programa "EDC 02®".

RESULTADOS:

Se analizaron 324 informes al alta, consecutivos, correspondientes al último trimestre de 2010, necesarios para lograr los 240 informes establecidos como objetivo Estos informes pertenecían en su mayoría a medicina interna y cirugía general (55 y 67 respectivamente). El número de fármacos prescritos fue de 1290 (476 correspondientes a Medicina interna, 8.6 prescripciones por informe). La prescripción por marca comercial fue del 76.5% siendo cirugía el servicio que menos usaba este sistema (48.6%). En cuanto a la Adhesión a la Guía se sitúa en un 83.3%, situándose todos los servicios analizados entre el 72% y el 100% de adhesión. En cuanto a cambios de tratamiento en el informe al alta con

respecto al tratamiento pautado en el hospital se detectaron 28 sustituciones que podrían considerarse justificadas al pasar el paciente a primaria (combinaciones o formas que simplificaban la pauta y suponían mejoras en la adherencia terapéutica) . Otras 79 sustituciones (6.1% prescripciones) se realizaron sobre fármacos incluidos en el programa de intercambio terapeútico del hospital (especialmente inhibidores de la bomba de protones y estatinas). 5 de estas prescripciones incluían fármacos de reciente comercialización. También se detectó una prescripción fuera de indicación, y la prescripción de tres medicamentos de utilidad terapéutica baja incluídas en los programas de suspensión del tratamiento al ingreso hospitalario.

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos respecto a la prescripción por principio activo y adecuación a la guía están próximos a los objetivos del contrato de gestión. Sin embargo, hay que tener en cuenta que se obtienen en un hospital en que el sistema interno de prescripción y gestión de medicamentos se realiza al 100% por principio activo. Si consideramos este hecho junto a los cambios de tratamiento que se realizan al alta hospitalaria (en contra de los protocolos utilizados dentro del hospital) se deduce que la prescripción farmacológica presenta un elevado potencial de mejora en lo que se refiere a prescripción por principio activo, adecuación a la guía y otros indicadores de calidad.

C224.- MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

SÁNCHEZ-NANCLARES G, HERRANZ-VALERA JJ, GARCÍA-CÓRDOBA JA, MARTÍNEZ-GARCÍA JF, RAUSELL-RAUSELL VF, LÓPEZ-SANTIAGO A.

SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y CONSEJERÍA DE SANIDAD. MURCIA.

OBJETIVOS:

El OBJETIVO PRINCIPAL es mejorar la calidad de la prescripción de Atención Primaria (AP) tanto de Médicos de Familia (MF) como de Pediatras (P). Entre los OBJETIVOS SECUNDARIOS figuran proporcionar un retorno sistemático de resultados a todos los niveles de la organización identificando al prescriptor como cliente principal de dicha monitorización, mostrar el cumplimiento de una forma individual pero comparativa y con visibilidad a nivel de toda la región y presentar los resultados de una forma gráfica, elocuente y atractiva.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseñaron 2 MODELOS DE INFORME (MF y P) con 4 NIVELES de comparación: regional, por área, por Equipo de Atención Primaria (EAP) y por CIAS (cupo). Se seleccionaron 6 INDICADORES de contrato de gestión para cada modelo, priorizando la seguridad en P y la eficiencia en MF. Dos de estos indicadores fueron comunes a MF y P: Principio Activo y Antibióticos. En P se añadieron 3 más relacionados con antibióticos (Penicilinas, Clavulánico y Macrólidos) además de Salbutamol inhalado. En MF a los 2 indicadores comunes se sumaron otros 4 (Simvastatina, IECA, Asociaciones fijas de beta2-corticoides y Omeprazol) que controlan de forma directa o indirecta los 4 grupos de mayor gasto en la región. Se añadieron dos tablas: la de colegiados que recetaron con ese CIAS ese mes y la de los 10 grupos de más coste. También se desarrolló un nuevo indicador de eficiencia ajustada por número y tipo de población que identificaba los CIAS menos eficientes con niveles de alerta por colores. Esto facilitaba a los directivos de área la localización de cupos con problemas de eficiencia . Como FUENTE DE DATOS se eligió facturación de farmacia lo que garantizaba la mayor fiabilidad de la

información a costa de un retraso de 3 meses respecto al momento de prescripción. El informe tenía 4 grupos de DESTINATARIOS: Servicios Centrales, Gerencias de Área, Coordinadores de EAP y Facultativos titulares de CIAS (cupo). Para los 3 primeros el FORMATO fue electrónico a través de una web de intranet para su consulta y/o descarga. Los facultativos fueron considerados el cliente principal y para asegurar su acceso al informe éste fue impreso en color y enviado de forma periódica a cada EAP para su reparto acompañado de presentaciones de apoyo con la evolución de los resultados de cada EAP y por cupo. Éste programa fue PRESENTADO de forma directa a todos los directivos y farmacéuticos de área y después en cada área a los coordinadores de EAP. Como medidas de RETORNO se establecieron reuniones de seguimiento, un enlace de correo de incidencias y una encuesta de opinión sobre el informe dirigida a todos los prescriptores.

RESULTADOS:

La iniciativa fue incorporada en los EAP con gran aceptación como demuestran los resultados de la encuesta de opinión. Se establecieron estrategias diferentes en cada área según los distintos espacios de mejora que mostraba el informe.

DISCUSIÓN:

Aunque los resultados han mejorado aún no hemos cerrado el ciclo de mejora en este 2011 para evaluar el impacto.

Sesión de Comunicaciones IV

Sala 4

Calidad Percibida III

C225 – C236

C225.- RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL FRENTE A SU PARTICIPACIÓN EN LA CALIDAD Y SU PERCEPCIÓN DE LA MEJORA.

GALLART-FERNANDEZ-PUEBLA A, BARA B, IZQUIERDO I, UBACH R, COTS A, BORRAS J.

CAPIO HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. SANT CUGAT DEL VALLES. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Aumentar la satisfacción relacionada con el Sistema de la Gestión de la Calidad (SGC) de los profesionales y comprobar su relación con el aumento de su participación y de la percepción de las mejoras del servicio. Hipótesis: Cuando el personal dispone de mayor conocimiento y participación sobre los factores relacionados con la calidad (como son disponer de procedimientos actualizados para consultar, homogeneizar los registros, detectar y mejorar los puntos con problemas y conocer sus resultados) les permitirá estar más satisfechos con la gestión de la calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio cuasi-experimental pre-post intervención en un servicio de un Hospital de 3er nivel. Revisión de la Literatura relacionada con la confección de una escala para medir la satisfacción, participación y percepción de la mejora de la calidad. Variables: Satisfacción relacionada con la Gestión de la Calidad; Percepción de Mejora; y Percepción de Participación la Gestión de la Calidad. Instrumentos: escala de nueva confección Recogida de datos: Tras un pilotaje de la escala se pasó en dos tiempos separados por 6 meses a los profesionales que voluntaria y anónimamente desearon participar. Análisis retrospectivo comparativo de los 2 cortes. Tras los primeros datos se decidió aumentar un 5% los resultados. Intervención: Implementación del Plan de Mejora (acciones, timing, responsable, recursos y seguimiento). Difusión de resultados mediante sesión a los mandos y a todo el personal.

RESULTADOS:

1ºDiseño de una escala para medir la satisfacción, participación y percepción de la mejora de la calidad. Cálculo del tamaño de la muestra. 2º Implantación de la encuesta. Participación: 86%. 3º Evolución de la puntuación obtenida en Diciembre 2010 frente a Mayo 2011: oIncremento de la SATISFACCIÓN relacionada con la gestión de la calidad: 12% oIncremento de percepción de MEJORA de la calidad en el servicio: 6% oIncremento de la percepción de la PARTICIPACIÓN: 10% 4º Análisis estadístico: Hasta el momento no podemos establecer significación estadística ya que se necesitan más medidas. 5º Pendiente nuevos resultados en Diciembre 2011.

DISCUSIÓN:

Los resultados nos muestran que al incrementarse la participación y la percepción de mejora también aumenta la satisfacción con el sistema de Gestión de Calidad, aunque hasta la actualidad estos datos no son significativos estadísticamente. Por este motivo será necesario continuar con el estudio pero de momento parece que sería positivo desarrollar políticas que aumenten la participación y la difusión de los resultados para aumentar la satisfacción relacionada con la calidad.

C226.- SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN.

RODRIGUEZ-RIEIRO C, SANCHIDRIAN-DE BLAS C, GIL-BORRELI C, BUENO-H, PLA-MESTRE R, FERNANDEZ-AVILES F.

HOSPITAL GENERA UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

Evaluar tras un año de funcionamiento la satisfacción de los pacientes con las consultas de una Unidad de Cardiología de Alta Resolución (UCAR). Analizar las quejas y /o sugerencias de los pacientes e identificar potenciales áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se entregó una encuesta diseñada "ad hoc" con 18 ítems, donde se valoraba la satisfacción, más 2 preguntas abiertas, a los pacientes que acudieron a consulta de la UCAR en octubre y noviembre del 2010 hasta completar el tamaño muestral estimado (considerando que se realizan unas 15000 consultas al año en este centro y partiendo de una satisfacción en consultas externas del 70 se estimó un tamaño muestral necesario de 317 pacientes). Se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las respuestas en cada ítem junto con sus intervalos de confianza al 95%. En Enero de 2011 se realizaron entrevistas semiestructuradas y segmentadas por edad y tipo de visita (nuevo/revisiones), a 11 pacientes para profundizar en los aspectos sugeridos por el análisis de las encuestas y para evidenciar otros potencialmente no objetivados con el abordaje cuantitativo. Posteriormente se realizó análisis descriptivo de la información obtenida, tras una trascripción instrumental de las entrevistas, agrupando el discurso en puntos fuertes, áreas de mejora y propuestas de los usuarios.

RESULTADOS:

Se recogieron 320 encuestas en las cuales el 92,6% de los pacientes se declaran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida en la UCAR. El 95,3% recomendaría este tipo de consulta a otras personas y el 94,4% recomendaría ser atendido por estos profesionales. Los ítems de la encuesta con menor porcentaje de satisfacción fueron los

relacionados con los tiempos de citación y de espera en la consulta (satisfechos/muy satisfechos 73,9% y 76,6%). Los pacientes entrevistados reflejaron su alto grado de satisfacción con el modelo de consulta si bien señalaron como áreas de mejora aspectos relacionados con los plazos de citación desde la petición de la cita, con la información sobre el funcionamiento y características de la UCAR, y con el confort de la salas de espera.

DISCUSIÓN:

De forma general, el concepto de Consulta de Alta Resolución es muy bien valorado por los pacientes, puesto que consideran que supone un ahorro de tiempo y que aumenta la comodidad respecto al modelo de consulta tradicional. Sin embargo, parece que, de forma global, el proceso debería aumentar su grado de protocolización, ya que las experiencias de los pacientes difieren en gran medida. El uso de métodos cuantitativos y cualitativos para medir la satisfacción resulta complementario y útil.

C227.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL QUE TRABAJAN EN DOS TURNOS DE NOCHES FIJAS.

RODRIGUEZ-MONDEJAR JJ, MELLADO-MARTÍNEZ A, MATEO-ALBALADEJO MA, INIESTA-SANCHEZ J, RUANO-RIOS ML, CULIAÑEZ-ALENDA M.

HGU REINA SOFÍA DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

El objetivo general del estudio se centra en investigar lo que incentiva y satisface a los profesionales de enfermería para elegir una jornada laboral nocturna (fija) de un hospital de nivel II. Como objetivo especifico elaborar el perfil del trabajador nocturno en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, y transversal. Se escoge la población de enfermeras y auxiliares de enfermería del HGU Reina Sofía de Murcia que trabajan en el turno de noches fijas. Muestreo: La muestra no excluye a ningún profesional, salvo que estén de baja por enfermedad. Se les entrega el cuestionario validado y modificado con respecto al usado por Juárez Ruiz para su cumplimentación y se vuelve para su recogida y aclaración de dudas, antes de la terminación del turno. Si no ha sido posible realizarlo se lo entregarán al supervisor/a de noches respectivo en un plazo no superior a 15 días. Se han medido un total de 40 variables, 8 con datos sociodemográficos, 1 con respuesta múltiple sobre motivaciones, 29 con respuesta tipo likert con 5 alternativas (2 positivas, 1 neutra y 2 negativas). Análisis estadístico con pack SPSS v.14 en castellano. Se realiza cálculo de medias, desviación estándar, máximo y mínimo para cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

RESULTADOS:

Población 45 enfermeras (57%), 33 auxiliares de enfermería (42,3%), noches fijas A con 45%, mujeres 75,5%, edad media 41,28 años DE 9,6 (23-59), nº hijos 1,53 DE 1,33 (0-5), con 3 personas o menos dependientes de ellos el 90% (0-9), antigüedad profesional: 14,8 años DE 9,5 (1-38), antigüedad en turno de noches fijas: 99,8

meses DE 105 (1- 384). El 32% son menores de 36 años, y entre 47-59 el 34%. Tienen otros estudios un 54%. Viven en pareja 63,2%. Motivación más destacada es el tiempo libre con un 22,2%. Conciliación de vida familiar 44%. Salario un 11%. Preferencia de horario 15,3% y otra actividad laboral 4,2%. El 32,5% afirman que el sueldo es mayor que en otros horarios. Creen que falta personal en el turno de noches 62,8%. No es mas cansada la jornada de noches que la de mañana o tarde 41%. Tienen más tiempo para: asistir actividades deportivas 88%, culturales 68%, para formación 85%, para dedicar a la pareja y familia 88%, para los amigos 79%.

DISCUSIÓN:

Los profesionales que trabajan de noches fijas como enfermeras tienen como motivación principal la conciliación de la vida familiar. El aspecto más valorado en sus distintas dimensiones es el tiempo libre que tienen para dedicar a pareja, familia, amigos, actividades sociales y culturales, a formación, así como a sí mismos. El perfil del profesional corresponde a mujer de 41 años, que vive en pareja, con un hijo o dos, dependiendo de ellos 2-3 miembros familiares, una antigüedad profesional de 14,8 años, y en turno de noches fijas 9 años. La mayoría se encuentra satisfecho/a con su trabajo y su turno. Se muestran satisfechos con su trabajo y su turno, y tiene buenas relaciones con su inmediato superior.

C228.- EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO SOBRE SU TRATAMIENTO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO.

PASTOR-CANO J, SALA-VILAJOSANA N, SORIA-ALEDO V, VENTURA-LOPEZ M, SANCHEZ-QUILES I, LEON-VILLAR J.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Medir el grado de conocimiento que tiene el paciente quirúrgico ingresado en un hospital de segundo nivel sobre la medicación que recibe y su implicación en la seguridad de administración de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante 3 meses se encuestó a los pacientes al alta de la planta de Cirugía General y Digestiva. El entrevistador fue un farmacéutico. La evaluación se realizó a los pacientes presentes a última hora de la mañana. Los datos recogidos fueron sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios y existencia de patología crónica previa) y de interés farmacoterapéutico con las siguientes cuestiones: ¿le han preguntado sobre sus alergias?, ¿recuerda que se le haya administrado: protector gástrico, heparina, antibióticos y/o calmantes?, ¿Se le ha administrado otro medicamento diferente a los anteriores?. La respuesta obtenida acerca del tratamiento farmacológico recibido en el hospital, se contrastaba con la prescripción médica del paciente para determinar la concordancia. Además se consultaba qué profesionales informaban del tratamiento y a quién se dirigían para resolver sus dudas. Por último, se formulaba una pregunta sobre la satisfacción general de la información farmacoterapéutica recibida.

RESULTADOS:

Se entrevistaron 95 pacientes, edad media de 54,7 años, siendo 38(40,0%) mujeres y 57(60,0%) hombres. La distribución por nivel de estudios fue: 21(22,1%) sin estudios, 44(46,3%) básicos, 19(20,0%) medios y 11(11,6%) universitarios. 59(62,1%) pacientes padecían una enfermedad crónica y sólo 3(3,2%) decían no haber sido preguntados sobre sus alergias. Los grupos terapéuticos referidos fueron reconocidos por los pacientes

como parte de su tratamiento en diferente medida, 73(76,8%) pacientes reconocen el protector gástrico, 65(68,4%) la heparina, 67(70,1%) los antibióticos y 88(92,6%) los calmantes. El porcentaje de concordancias obtenido para cada grupo farmacológico fue 71(74,7%), 88(92,6%), 68(71,6%) y 89(93,7%), respectivamente. En tratamientos diferentes a los anteriores, obtuvimos: 47(49,5%) pacientes con respuesta negativa, y 48(50,5%) pacientes con positiva. La concordancia obtenida para cada grupo fue 9(19,2%) en caso de respuestas negativa y para positivas, en 46(95,8%) pacientes la concordancia es parcial y en 12(26,1%) total. El profesional que informó sobre la medicación fue en 9(9,5%) el médico, 48(50,5%) el enfermero, 31(32,6%) médico y enfermero y el 7(7,4%) ninguno. El profesional a quien se dirigían para resolver sus dudas fue el médico para 5(5,3%) pacientes, el enfermero para 46(48,4%), médico y enfermero para 22(23,2%) y ninguno para 22(23,2%). La cuestión final de satisfacción fue afirmativa en el 91,6%(87) de la muestra.

DISCUSIÓN:

Los pacientes reconocen mejor los tratamientos nombrados, entre estos destaca la heparina y los calmantes. Existe un amplio margen de mejora para que el paciente sea conocedor de su tratamiento. El enfermero es el profesional que más informa al paciente sobre su farmacoterapia, y también, a quien más comunican las dudas.

C229.- OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS: IMPLANTACIÓN DE KARDEX®.

TITOS-ARCOS JC, SÁNCHEZ-QUILES I, VENTURA-LÓPEZ M, MOLINA-GUILLÉN P, SÁNCHEZ-CATALICIO MM, IRANZO-FERNÁNDEZ MD.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluación y mejora de la calidad del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) mediante la cuantificación y clasificación de las reclamaciones realizadas al área de dosis unitarias del servicio de farmacia tras la implantación de dos sistemas semiautomáticos de almacenaje y distribución de medicamentos tipo Kardex®.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de evaluación y mejora de las reclamaciones de medicamentos realizadas por la Unidades de Enfermería al Área de dispensación de medicamentos en dosis unitaria. Fase de evaluación: Durante seis meses en un hospital de 400 camas era revisado diariamente aun carro de unidosis al azar. Las reclamaciones realizadas eran clasificadas y registrados según fueran atribuibles a: - Errores de farmacia: errores de transcripción, validación, llenado, sustitución de un medicamento equivalente no comunicada. - Al sistema: falta de petición de medicamento de uso restringido, adelanto urgente de dosis, multidosis de medicamento, traslado de paciente. - A la unidad de enfermería: medicación que aporta el paciente, falta de orden de tratamiento, intervención comunicada por farmacia y no registrada por enfermería, pérdida de dosis, error de interpretación, medicación no dispensada por dosis unitaria. - Otros. Tras la implantación de la medida de mejora (sistemas semiautomáticos de dispensación tipo Kardex ®) procedemos a realizar una segunda evaluación. Finalmente, realizamos una estadística descriptiva con estimación del intervalo de confianza (confianza de 95%) y prueba de la Z de comparación de proporciones (una cola). Los resultados fueron tabulados en Access®.

RESULTADOS:

El número de reclamaciones recibidas en el área de dosis unitarias utilizando el sistema de llenado manual fue de 586 de un total de 27733 unidades de medicamentos dispensadas (2,11%), mientras que el número de reclamaciones tras la implantación del sistema Kardex® fue de 34 de un total de 18000 unidades dispensadas (0,19%), obteniéndose diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$). De las 586 reclamaciones previas, 129 (22,01%, IC95%: 20,71%-23,31%) fueron atribuibles a errores de farmacia, 100 (17,06%, IC95%: 15,76%-18,365%) al sistema, 176 (30,03%, IC95%: 28,73%-31,33%) a enfermería y 181 (30,89%, IC95%: 29,59%-32,19%) a otros, mientras que de las 34 reclamaciones posteriores, 9 (26,47%, IC95%: 25,27%-27,67%) fueron atribuibles a errores de enfermería, 11 (32,35%, IC95%: 31,15%-33,55%) al sistema, 8 (23,53%, IC95%: 22,33%-24,73%) a enfermería y 6 (17,65%, IC95%: 16,45%-18,85%) a otros.

DISCUSIÓN:

La implantación de los sistemas semiautomáticos Kardex® permite disminuir el número de reclamaciones de medicamentos realizadas al área de dosis unitarias del servicio de farmacia respecto al sistema manual, lo que se traduce en una mejora en el nivel de calidad prestado por el servicio de farmacia.

C230.- ¿QUE PODEMOS HACER POR MEJORAR LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON EPOC?.

ABAD-DIEZ JM, ENRIQUEZ-MARTIN N, MAYORAL-BLASCO S, RABANAQUE-HERNANDEZ MJ.

DG PLANIFICACION. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

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. El objetivo del estudio es identificar aspectos de la organización asistencial que favorecen o dificultan la mejora de la calidad en la asistencia a pacientes con EPOC en el entorno de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha empleado una metodología cualitativa. Como técnicas se han utilizado las entrevistas abiertas y en profundidad a 6 profesionales de medicina y enfermería y 12 pacientes 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.

RESULTADOS:

Entre los factores identificados que dificultan la mejora de la calidad se encuentra la presión asistencial, la descoordinación con otros niveles asistenciales, la dificultad de recuperar información para la mejora a partir de las aplicaciones de historia clínica informatizada, los errores en el registro de la información, la percepción desigual sobre la importancia de las espirometrías, la "normalización" de la mala calidad, y el desconocimiento sobre las prioridades de la organización. Entre los factores identificados que favorecen la mejora se encuentra la existencia de Guías de Práctica clínica sobre esta patología, la conciencia de que se evalúa la calidad de la asistencia, o la motivación de los profesionales. Como condiciones para desarrollar proyectos de mejora, incluyen la disponibilidad

de tiempo, la disponibilidad de información, el trabajo en equipo, la autonomía en la organización del trabajo y la existencia de un responsable del proyecto.

DISCUSIÓN:

Los profesionales valoran poco las iniciativas de mejora de la calidad que parten de la organización. Consideran que la motivación profesional es el principal valor para la mejora de la calidad, por lo que dan la máxima importancia a las iniciativas surgidas de los equipos y consideran que el papel de la organización es el de marcar prioridades y facilitar el desarrollo de esas iniciativas. La calidad en el registro y la flexibilidad en el uso y recuperación de la información registrada en la historia clínica son condiciones necesarias para mejorar la calidad asistencial. El trabajo en equipo y la reorganización asistencial en el centro, marcando responsabilidades sobre aspectos concretos (como la realización de espirometrías) también son elementos clave para la mejora.

C231.- EL ESTUDIO DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN UN PROCESO ASISTENCIAL; EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO.

AGUADO-BLAZQUEZ H, CERDA I, GIRONA A, PAIRO A, MURILLO C, BROSA F.

SERVICIO CATALAN DE LA SALUD. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Conocer la calidad de los servicios sanitarios supone el primer paso para la mejora de la atención sanitaria. El Plan de Encuestas de Satisfacción ha sido la herramienta empleada, desde el 2002, para medir la calidad de servicio y la satisfacción de las personas aseguradas por cada línea de servicio. En el año 2010, el estudio asume una nueva perspectiva en la que se relacionan las distintas líneas de servicio que interaccionan en un proceso asistencial como es el del embarazo-parto-puerperio (EPP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Previamente al trabajo de campo se concreta el circuito que realizan las mujeres embarazadas al entrar en el sistema, a través de una revisión bibliográfica y la colaboración de expertos. Al tratarse de la interrelación entre distintas líneas de servicio la definición de este circuito se convierte en un elemento básico. A continuación, se realiza una aproximación cualitativa con grupos focales para identificar las áreas de interés que destacan las mujeres asistidas a lo largo del proceso, a través de los que se plantea el cuestionario. Finalmente, se inicia el trabajo de campo cuantitativo mediante encuesta telefónica validada (pretest de comprensión y validación estadística pre y post estudio para verificar la correcta construcción del cuestionario) a partir de bases de datos propios: CMBD hospitalización 2010.

RESULTADOS:

El estudio se ha realizado en 2010, con un total de 3312 encuestas que representan a todo el territorio catalán, y que permiten obtener resultados por centro en el que se realiza el parto. Como principales resultados se constata que el parto se considera la fase principal y de mayor importancia de todo el proceso. El seguimiento del

embarazo y el puerperio, quedan en segundo nivel, siendo este ultimo el menos visible. La información recibida por parte del personal asistencial se entiende y valora positivamente. Destacar que la percepción del servicio varía al tratarse de mujeres primíparas o multíparas, así como si han tenido un embarazo considerado de riesgo.

DISCUSIÓN:

El enfoque del estudio y el diseño del método han resultado adecuados para el desarrollo y ejecución del trabajo, permitiendo alcanzar los objetivos del estudio. En la misma dirección que otros estudios realizados, este estudio forma parte de la estrategia de proponer objetivos de mejora a partir de la opinión de los asegurados. Como valor añadido, el estudio del EPP ha permitido con los servicios recibidos, teniendo en cuenta aspectos continuidad asistencial, lo que permite ampliar las áreas en las que proponer mejora.

C232.- LEY 41-2002 VS LEX ARTIS.

CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, DEL ALAMO-JIMÉNEZ C, ALONSO-ARRANZ JA, PASCUAL-FERNANDEZ C, JIMENEZ-HERANZ MD, MIRAMON-MARTINEZ I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. MADRID.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es conocer la evolución conceptual que se ha producido entre médicos y pacientes en los últimos 10 años en cuanto a la función del C.I.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A partir de un estudio publicado en la Revista de Calidad Asistencial del año 2001 titulado "Valoración del Consentimiento Informado por médicos y pacientes", comparamos los resultados obtenidos hace 10 años sobre la pregunta "¿Para qué sirve el Consentimiento Informado?", con los resultados sobre la misma pregunta en el año 2011 Se encuestaron 250 personas, 106 médicos y 144 pacientes El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS y EPIDAT 3.1. Test de Ji-cuadrado, y la Prueba exacta de Fisher. El nivel de significación estadístico aceptado fue de p=0,05.

RESULTADOS:

PREGUNTA 1: ¿SIRVE PARA PROTEGER AL MÉDICO? Médicos: Sin diferencias estadísticamente significativas: P=0,191. El porcentaje de médicos que piensan que es un documento de defensa va en aumento. Predomina la medicina defensiva. Pacientes: Diferencias estadísticamente significativas. Han entendido mejor que no es un documento para proteger al médico (disminución de más de un 30%). La tendencia entre médicos y pacientes es opuesta. PREGUNTA 2. ¿SIRVE PARA PROTEGER AL PACIENTE? Médicos: Sin diferencias estadísticamente significativas. Variaciones mínimas, aunque se mantiene un porcentaje del 22 % aproximadamente. Pacientes: Diferencias estadísticamente significativas. Aumentan los pacientes que ven el C.I. como un documento que les defiende. PREGUNTA 3: ¿FACILITAR EXPLICACIÓN? Médicos: Diferencias estadísticamente significativas. Tienden a pensar que este documento no es para facilitar la explicación (disminución

de un 15 %) Tendencia preocupante, casi el 80 % de los médicos piensan que el C.I. tiene objetivos más importantes que facilitar la explicación a los pacientes frente a un 63 % aprox. de hace 10 años Pacientes: Diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes han entendido que es un documento que sirve para facilitarles la explicación del procedimiento médico. Tendencia positiva con un incremento de más del 20 % de pacientes. PREGUNTA 4. REQUISITO HOSPITAL Médicos: Diferencias estadísticamente significativas. La tendencia va en aumento. Pacientes: No hay diferencias estadísticamente significativas. Tendencia relativamente estable. El porcentaje de pacientes que piensan así es alto.

DISCUSIÓN:

MÉDICOS Si la tendencia sigue hacia la idea de una Medicina Defensiva, que diluirá la idea de considerar el C.I. como una buena herramienta de información para los pacientes, independientemente de la obligación legal. PACIENTES La tendencia de estos últimos 10 años ha sido positiva en este colectivo orientándose hacia un documento que les ayuda a completar la información de su proceso y a la posterior toma de decisiones.

C233.- INSATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA HOSPITALIZACIÓN AGUDA: ENCUESTA INMEDIATA PREALTA Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.

SABATER-RAGA R, ALOY-DUCH A, FUSTÉ-BALLÚS C, GARCÍA-SÁNCHEZ D, NIETO-MARTÍNEZ R, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R.

HOSPITAL GENERAL. GRANOLLERS (BARCELONA).

OBJETIVOS:

Describir, a partir de la realización de un estudio prevalente utilizando una encuesta anónima realizada inmediatamente antes del alta, los resultados de satisfacción de pacientes con patologías agudas con su proceso asistencial de hospitalización. La pregunta clave era: ¿qué aspectos asistenciales han sido valorados como negativos?.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro centro realiza anualmente 22.000 altas hospitalarias agudas. En el primer trimestre de 2011, durante 10 días consecutivos, varios profesionales expertos y entrenados realizaron la encuesta a todos los pacientes de ese período en el momento inmediato previo a su alta, para conocer los problemas que habían detectado durante su estancia hospitalaria en todos los servicios, excepto en medicina intensiva. El tratamiento informático de la encuesta fue totalmente anónimo, calculándose un tamaño muestral adecuado.

RESULTADOS:

Se encuestaron 157 pacientes: edad media de 35 ± 27 años, un 94 (60%) mujeres y 6 (13%) inmigrantes, siendo la distribución por servicios homogénea. El propio paciente respondió al encuesta en 126 (81%) casos. Se mostraron insatisfechos 31 (20%) del total, siendo las causas más frecuentes, problemas con hostelería en 40 (58%) (calidad y cantidad de comida en 70 %, y deficiencias en el mobiliario e instalaciones en 30%), desinformación en 14 (20%), trato deficiente en 5 (7%), problemas asistenciales en 4 (6%) y una miscelánea de circunstancias en 6 (9%). Globalmente, sin embargo, el grado de satisfacción global con el centro fue de 8,9 ± 6 (media entre 1 y 10),

afirmando que volverían al centro 151 (98%) de los pacientes.

DISCUSIÓN:

Siguen insatisfaciendo mucho más a nuestros pacientes los aspectos más paraasistenciales que los propiamente asistenciales. La realización de una encuesta postalta inmediata y la detección de aspectos negativos pretende iniciar una metodología y un procedimiento complementario, más específico, para evaluar aquellas oportunidades de mejora en los pacientes ingresados por enfermedades agudas en el hospital.

C234.- ¿CONOCEN LOS USUARIOS DEL SISTEMA ARAGONÉS DE SALUD SUS DERECHOS Y DEBERES?.

ESCRIBANO-CATALÁN MT, CARRASCO-GIMENO JM, SERRANO-PERIS D, FEBREL-BORDEJÉ M, MIGUEL-SAPELA G, ANTOÑANZAS-LOMBARTE T.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. GOBIERNO DE ARAGÓN. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

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

MATERIAL Y MÉTODOS:

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

RESULTADOS:

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

declararon conocer sus deberes como usuarios (cuidado de las instalaciones, uso adecuado de las prestaciones ofertadas, respeto, avisar de no acudir a una cita o servicio y facilitar datos verdaderos sobre su salud). Respecto al conocimiento global de derechos y deberes, los encuestado declararan un alto conocimiento de los mismos (media=7, escala 0-10).

DISCUSIÓN:

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

C235.- SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN FISIOTERAPEÚTICA RECIBIDA EN ESCUELA DE ESPALDA.

PELLICER-ALONSO M*, BERNAL A, GARROTE L, PELLICER E, CRESPO J, QUDSI S.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Determinar la satisfacción con la atención fisioterápica y adherencia al tratamiento de los pacientes incluidos en el programa de reeducación funcional de la Escuela de la Espalda (EE) del Servicio de Rehabilitación (SR) del Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia (HGUMM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre todos aquellos pacientes sometidos a tratamiento según el programa de reeducación funcional de la EE del SR en el año 2011. Los pacientes fueron contactados mediante encuesta telefónica en la que se exploraba la satisfacción con la atención del equipo de fisioterapia y adherencia al programa de adiestramiento sobre higiene postural y ejercicios domiciliarios. Las variables cuantitativas fueron representadas en forma de medidas de tendencia central y desviación estándar, y las cualitativas como frecuencias.

RESULTADOS:

De los 45 enfermos incluidos en el programa de EE en el año 2011 (16 en febrero, 15 en marzo y 14 en abril) fueron entrevistados 27 (14 mujeres, 13 hombres) con promedio de edad de 43.44 ± 8.65 (28.08, 60.14) años. El 60% de los pacientes refirieron disminución del dolor puntuándolo por debajo de 3 en una escala de intensidad del 1 al 10. El 74% admitía atribuir esa mejoría a la adecuación de los hábitos posturales aunque solo un tercio realizaba los ejercicios con regularidad (3 o más de 3 veces por semana) . Prácticamente el 100% de los encuestados consideraron adecuado el trato dispensado por el personal sanitario y calificaban la profesionalidad del equipo de fisioterapia por encima de 7 e incluso, en un 78% de los casos, igual o superior a 9.

DISCUSIÓN:

Los pacientes incluidos en el programa de la Escuela de Espalda presentan mejoras significativas en su dolor y las relacionan con las enseñanzas impartidas. A pesar de la valoración positiva de la información dispensada los pacientes presentan una adherencia muy variable respecto a la realización domiciliaria de los ejercicios aconsejados. El grado de satisfacción y valoración de la profesionalidad del personal de fisioterapia resultó muy elevado.

C236.- METODOLOGÍA BARÓMETRO SANITARIO VERSUS METODOLOGÍA ENCUESTAS EMCA DE CALIDAD PERCIBIDA.

MÁS-CASTILLO* A, PARRA-HIDALGO P, NIETO-MARTÍNEZ P, CALLE-URRA JE, RAMÓN-ESPARZA T.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL. MURCIA.

OBJETIVOS:

Comparar la metodología empleada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) para la elaboración del Barómetro Sanitario en nuestra Comunidad Autónoma y la utilizada por la Subdirección General de Calidad Asistencial mediante los cuestionarios EMCA de valoración de calidad percibida. Así como de los resultados obtenidos por ambos en el año 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha procedido a comparar: población a estudio, ámbito de estudio, tipo de diseño, muestreo, características de la muestra, instrumento de medida y recogida de la información. Se han comparado los resultados obtenidos en el año 2010 a nivel de Comunidad Autónoma.

RESULTADOS:

Método de administración: CIS telefónica; EMCA correo postal. Población: CIS ambos sexos, 18 años y más; EMCA ambos sexos 18 años y más en Atención Hospitalizada (AH) y 14 y más en Atención Primaria (AP). Tamaño de la muestra: CIS N= 230 en tres oleadas; EMCA N=6.809 en cuatro oleadas. Muestreo: CIS polietápico, estratificado por conglomerados; EMCA: sistemático con arranque aleatorio estratificado y proporcional por día de semana para cada Centro de Salud (AP) y por Hospital (AH). Error muestral para un nivel de confianza del 95%: CIS ± 6,43; EMCA ± 1,39 para AP y ± 2,26 para AH. Tasa de respuesta: EMCA 31,2% (AP) y 39,7% (AH) Comparación de valoraciones otorgadas en el CIS y encuesta EMCA: - Valoración global sobre la atención recibida (escala 1-10): CIS: AP: 6,90; Ingreso, urgencias y AH: 5,75; EMCA: AP: 7,7; AH: 8,1. - Descripción del estado de salud como muy bueno o bueno: CIS 71,8%; EMCA 41,1% - Valoración de la atención recibida en el hospital como muy buena o buena: CIS

88,5%; EMCA 90,4% - Percepción de ausencia de errores o fallos en la asistencia recibida en hospitales CIS 88,5%; EMCA 85,5%.

DISCUSIÓN:

El método de encuesta utilizado por los Servicios de Salud de nuestra Comunidad presenta como ventajas frente a la utilizada por el CIS: •Se encuesta a personas que han utilizado los servicios por los que se les interroga y por tanto son conocedoras de ellos. •Se formulan preguntas sobre situaciones reales, en las que el encuestado tiene experiencia. •Las muestras utilizadas son además de representativas de la población, suficientes para poder extrapolar datos y detectar diferencias entre centros. •Los periodos de tiempo que transcurren entre el hecho acaecido y el momento de preguntar sobre él no superan los 9 días, minimizándose el sesgo del recuerdo. Aunque se han extraído los resultados de algunas preguntas comunes en ambos cuestionarios, en general los datos obtenidos con ambos tipos de encuestas no son comparables.

Sesión de Comunicaciones IV

Sala Clares

Evaluación III

C237 – C248

C237.- INFORMES CLÍNICOS: ACCIONES DE MEJORA PARA ACORTAR TIEMPOS E INCREMENTAR LA CALIDAD. ORIENTACIÓN AL PACIENTE.

ULIBARRENA-SAINZ M, CLAVERIA G, HERNANDO V, GARCIA B, GUTIERREZ S, URRETXA J.

CLINICA ERCILLA, MUTUALIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

el objetivo principal es mostrar la política de mejora contínua aplicada a la solución de dos problemas internos: el retraso de tiempos en la realización de informes clínicos y la escasa adecuación de las lesiones descritas con las tablas de baremos del INSS (Instituto Nacional de la S. social), lo que origina problemas al paciente y es fuente de quejas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En octubre-2010 se evaluó el tiempo medio de demora de los informes clínicos realizados por facultativos/as, cuando se cerraba un episodio de accidente laboral en el que el paciente sufría alteraciones funcionales o secuelas por las cuales podía recibir una compensación económica (baremo) o una pensión de incapacidad. Se apreció que existía un retraso importante. Se constituyó un Equipo de Trabajo que analizó las causas y propuso varias acciones de mejora: (1) designar un responsable para control y seguimiento de las demoras, (2) establecer un circuito de feed-back entre ese supervisor, la dirección asistencial y facultativos/as, (3) elaborar una instrucción de actuación, que se difunde a todos los implicados. En Diciembre-2010 se evaluó su eficacia, detectándose falta de calidad en los informes de modo que en una alta proporción de ellos, sus conclusiones no se adecuaban a la tabla de baremos del INSS. De nuevo se analizaron las causas y se pusieron en marcha acciones correctivas suplementarias: (1) ampliar las acciones del supervisor, también a la calidad de los informes, (2) utilizar el circuito entre supervisor-dirección-servicio clínico, para reforzar la mejora y (3) recordar en sesión clínica y a través de la entrega de un documento, la tabla de baremos del INSS y las causas de discrepancia más prevalentes.

RESULTADOS:

Retrasos en realización de informes: el 30% tenían un retraso superior a 2 meses en el período Octubre-diciembre 2010, reduciendose al 0% durante el período enero-marzo 2011. Adecuación de los informes con la tabla de baremos del INSS: el porcentaje de inadecuación fué del 18% en Dic-2010, 35% en Enero-2011, 27% en Febrero, 14% en marzo, 5% en Abril y 0% en Mayo 2011.

DISCUSIÓN:

El empleo del ciclo PDCA dentro del modelo de calidad total EFQM que utiliza nuestra Mutualia y en el cual se han obtenido diversos premios y reconocimientos; ha sido útil para evaluar y solucionar dos problemas que originaban bastantes quejas y malestar en nuestros pacientes, al retrasarse de forma poco justificable la tramitación del pago de sus lesiones e incluso crearles falsas expectativas sobre las cuantías de las indemnizaciones. De esta manera, con unas soluciones sencillas en las que se integran todos los agentes responsables de la prestación del servicio (Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Área Asistencial y Prestaciones Económicas de la Mutua) se ha conseguido que aquellos pacientes que como consecuencia de un accidente laboral quedan con lesiones permanentes, reciban de forma ágil y adecuada su compensación económica o su pensión de incapacidad.

C238.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PREPARACIÓN DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECOLÓGICAS.

CABALLERO-GUERRERO B, ROMERO-PAREJA MD, BELMONTE-MONTESINOS R, MARTÍN-LOZANO R, MIÑANO-NAVARRO C, LÓPEZ-LÓPEZ MD.

H.G.U. REINA SOFÍA. ÁREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Se han observado incidencias susceptibles de ser modificadas, que interfieren en el preoperatorio inmediato, incrementando el tiempo de espera, que derivan de la preparación del paciente para la intervención, relacionadas con falta de la implementación de los procedimientos preoperatorios, y hoja de protocolo quirúrgico. Conocer grado de cumplimiento de los procedimientos preoperatorios. Evaluar incidencias producidas en el preoperatorio inmediato y tiempo de demora. Establecer medidas correctoras para el cumplimiento de los procedimientos y disminuir el tiempo de demora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis de Calidad científico-Técnica y accesibilidad. Datos de proceso. Unidades de estudio: 6ªD, y Quirófano, fuentes de datos: pacientes e historia clínica. Evaluación interna: observación directa, entrevista y cumplimentación de registros. Marco muestral: pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Técnica de lluvia de ideas y análisis de procedimientos de enfermería, relacionados con preparación del paciente quirúrgico. Crit 1:La paciente llega desnuda, con gorro y calzas al área quirúrgica . Crit 2:La paciente presenta higiene adecuada. Aclaración: limpio y aseado, y se ha retirado el maquillaje. Crit 3:La paciente no porta las uñas pintadas. Crit 4:Se ha rasurado la zona quirúrgica según se refleja en procedimiento de enfermería en el preoperatorio. Crit 5:Se han retirado joyas y prótesis. Crit 6:La paciente viene en ayunas. Crit 7:Se ha administrado el enema en aquellas intervenciones que lo precisan según procedimiento de enfermería en el preoperatorio Se mide el tiempo de demora , calculando su media y desviación Standard. Se realizó trabajo de grupo entre las enfermeras de quirófano y personal de

enfermería de la unidad quirúrgica, identificando posibles causas mediante diagrama de Ishikawa, y se diseñaron las medidas de mejora y la implantación de listado de verificación prequirúrgica de las pacientes.

RESULTADOS:

En la 1ª evaluación el 68% cumple todos los criterios, al 85% se han rasurado correctamente, un 96% llega a quirófano con una higiene adecuada, al 97% se le han retirado los complementos, a un 96% se le ha retirado la ropa y presentan vestido adecuado y el 92% no presentan esmalte de uñas. El tiempo medio de demora osciló entre 0 y 30 minutos, con una media de 15±5,3 minutos. El resto de los criterios se cumplen en un 100%. En la 2ª evaluación se obtiene una mejora en todos los criterios con un cumplimiento del 100%, el tiempo medio de demora baja a 10±1,4 minutos.

DISCUSIÓN:

La implantación de un listado de verificación de preparación quirúrgica reduce el tiempo de demora al mejorar las condiciones en que la paciente llega al área quirúrgica. El punto de partida en el cumplimiento de algunos criterios era alto, pero la dispersión bajaba el indicador, que al establecer las acciones de mejora alcanza un grado de cumplimiento del 100%.

C239.- EVALUACIÓN Y MEJORA DEL MANEJO POSTOPERATORIO DEL PACIENTE SOMETIDO A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA PROGRAMADA.

LOPEZ-BAENA C, COBO-NAJAR A, ROBLES-BRABEZO JM, BECERRA-GARCIA FC, ABELLAN-ROSIQUE B, OLMOS-MOLERO MA.

AREA III H RAFAEL MENDEZ. LORCA.

OBJETIVOS:

Analizar y mejorar el tiempo de estancia hospitalaria postoperatoria tras colecistectomía laparoscópica . Evaluar y mejorar el manejo postoperatorio del paciente sometido a colecistectomía laparoscópica programada en el servicio de Cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un Ciclo de mejora, tras la detección del problema mediante diagrama de Ishikawa (Deficiente manejo del paciente quirúrgico tras colecistectomía Laparoscópica). Se elaboran criterios para evaluar la calidad, abordando los siguientes aspectos: c1: movilización a las 12 horas del postoperatorio c2: revisión dietética a las 12 horas del postoperatorio. c3: prescripción de analgesia postoperatoria. c4: reanudación del tratamiento habitual en 24 horas salvo contraindicación. c5: alta antes de las 48 horas de la intervención. La dimensión estudiada es la Calidad científico-técnica.Todos los criterios son de proceso. Respecto a las unidades de estudio los receptores del servicio son pacientes ingresados intervenidos de colecistectomía laparoscópica programada. Los proveedores son médicos y enfermeras del Servicios de Cirugía General del Hospital. Las fuentes de datos son: para las unidades de estudio el Listado del CMBD y la Historia Clínica y para los datos sobre cumplimiento de los criterios son Registros de la Historia Clínica .EL marco muestral son todos los pacientes ingresados para Colecistectomía Laparoscópica programada en el Servicio de Cirugía General en 2º trimestre de 2009 y 2º trimestre del año 2010 para la 2ª fase. Se consideran 52 casos en cada fase, mediante muestreo aleatorio simple, siendo la evaluación de

iniciativa interna, retrospectiva y con extracción de datos interna.

RESULTADOS:

En la primera fase se evalúa el grado de cumplimiento de criterios de calidad en una muestra de 52 casos en un periodo de un trimestre durante el año 2009. Se recogen los siguientes resultados en porcentaje de cumplimientos: c1: 7,7+ 7.2 %, c3:13.5+ 9.3 %, C5:28.8+ 12.3 %, C2:38.5+ 13.2 % y C4:50.0+ 13.6 %, (IC 95).Posteriormente se establecieron y aplicaron medidas correctoras con priorización de actuación sobre criterios con mayor incumplimiento.

En la segunda fase se realiza la reevaluación a los dos meses de aplicadas las medidas correctoras. Se obtienen los siguientes resultados: c1: 50.0+ 13.6 %, c2: 92.3+ 7.2 %, c3: 78.8+ 11.1 %, c4: 90.4+ 8.0 %, c5: 75.0+ 11.8 % (IC95%). La mejora relativa que se obtuvo para cada uno de los criterios fue: c1: 45.8% c2: 91.1% c3: 70.2%, c4: 84.4% y c5:50.0%, con $p<0.001$ de c1 a c4 y c5 $p<0.01$.

DISCUSIÓN:

Se observa una mejora estadísticamente significativa en todos los criterios evaluados, siendo muy significativa en los criterios c1 a c4. Podemos concluir que se ha mejorado en la calidad de la atención del paciente colecistectomizado por vía laparoscópica en los aspectos de movilización, adecuación de la dieta, manejo del dolor, reinicio de tratamiento habitual y alta domiciliaria antes de las 48 horas.

C240.- UN BANCO MUY DULCE....MODERNIZANDO LA TRADICIÓN.

OÑATE-CALVO C, RAMÍREZ-GOMARA AI, PUY-ROC S, SUBIRON-VALERA AB, GARCIA-MARQUEZ C, GARCIA-GARCIA R.

C.S.VALDESPARTERA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Enseñar a las madres a descubrir y valorar las cualidades y beneficios incomparables de la lactancia materna (L.M.) Difundir el programa del banco de leche y concienciar a las madres que están amamantando y que pueden permitirse sacarse leche extra, del beneficio de donarla para alimentar a niños prematuros , alérgicos o intolerantes a las leches artificiales, recien nacidos intervenidos o quirúrgicamente, o cualquier otra dificultad para acceder a leche de su madre.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Captación de las madres con lactancia materna, entre 1 y 6 meses, en diferentes ámbitos del centro de Salud como sala de espera,consultas programadas de pediatria y matrona, talleres + postparto. Cita posterior en consulta programada de enfermera de pediatría en la que se completa infor- mación, se realiza una encuesta de salud , firma del consentimiento informado y extración de muestra de sangre. Envio de los documentos y la muestra de sangre al banco de Sangre y Tejidos (donde está l localizado el BANCO DE LECHE). Recepción de resultados de serologia y remision de los mismos a su médico de familia Seguimiento telefónico periodico establecido de las madres donantes.

RESULTADOS:

Inicio en Marzo de este año 2011. Desde entonces se ha informado a 58 mujeres , de las cuales han entrado en las valoraciones 34 (50%). De las 34 mujeres 9 (26%) comenzaron el programa y 7 (20%) se mantienen en la actua- Lidad, 30 de Mayo 2011. Queda pendiente evaluar la cantidad de leche obtenida.

DISCUSIÓN:

Las madres han demostrado un alto interés por la formación en lactancia materna y la donación altruista de la leche. Hemos de tener en cuenta que la zona de salud que corresponde al centro es una zona de expansión , con parejas jóvenes con un alto índice de natalidad. La donación de leche ha aumentado la autoestima de las madres,y suponemos que habrá o contribuido a mejorar la salud de los bebés prematuros y a disminuir el coste sanitario de la che artificial, aunque de momento no ha transcurrido el tiempo necesario para poder demos- trarlo con datos objetivos. Los profesionales implicados tambien refieren un alto grado de satisfación con la experiencia y están motivados para continuar.

C241.- INFLUENCIA DEL CONFORT DEL CIRUJANO EN LOS RESULTADOS DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: LA COLECISTECTOMIA.

ROMAGUERA-MONZONIS A, REBASA-CLADERA P, BEJARANO-GONZALEZ N, GARCIA-MONFORTE N, OLIVA-MORERA JC, NAVARRO-SOTO S.

CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. SABADELL.

OBJETIVOS:

El confort del cirujano al realizar un procedimiento influye en los resultados. Para analizarlo hemos elegido la colecistectomía laparoscópica. Procedimiento quirúrgico frecuente y que requiere unos recursos técnicos específicos. El objetivo del presente trabajo consiste en analizar como el confort del cirujano se relaciona con los resultados e identificar que aspectos repercuten negativamente en él.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo. Incluimos todas las colecistectomías electivas realizadas durante el año 2009. Variable independiente: grado de confort del cirujano. Está compuesta de una variable categórica ordinal (muy bueno, bueno, regular y malo) y una variable cuantitativa de 0 (el mejor confort) a 100(el peor confort). Variables dependientes: conversión, duración, complicaciones postoperatorias y estancia hospitalaria. Otras variables: edad, sexo, IMC, motivo que indica la colecistectomía, ASA, cirugía previa, complejidad del procedimiento. Si mal confort se especificaron los motivos. Análisis estadístico: pruebas de chi-cuadrado para comparar variables categóricas (conversión y complicaciones) y pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para variables numéricas con distribución no normal (estancia y duración de la intervención).

RESULTADOS:

196 enfermos:136 mujeres y 60 hombres. Edad media:56a, IMC 28. Tres enfermos(1.5%) han sido por vía abierta y 5 se han convertido(2.6%). Duración de la intervención:50 minutos. Estancia hospitalaria:2 días. Han tenido complicaciones postoperatorias 6 enfermos. No han habido reintervenciones ni éxitus. Confort del cirujano:muy

bueno 70(36%), bueno 89(45%), regular 25(13%) y malo 12(6%). Complejidad 38(19%) muy fáciles, 103(53%) fáciles, 46 (23%) difíciles y 9(5%) muy difíciles. Motivos de disconfort: problemas de visión (67%), problemas con el instrumental (15%). La complejidad del procedimiento es una variable propia del paciente que se relaciona con el confort del cirujano ($r=0.354$, $p <0.001$). El grado de confort se ha relacionado con la duración de la intervención y con la estancia hospitalaria y no con las complicaciones ni con las conversiones.

DISCUSIÓN:

Todos estaríamos de acuerdo que el confort con el que realizamos nuestro trabajo influye en los resultados. Este trabajo pretende dar respuesta a dicho planteamiento. Nos centramos en un procedimiento frecuente y estandarizado que requiere de unos recursos técnicos complejos: la colecistectomía laparoscópica. Nuestros resultados muestran que a peor confort del cirujano mayor es la duración de la intervención y la estancia. No hemos demostrado relación con las conversiones ni con las complicaciones. Los motivos de disconfort están relacionados con problemas de visión y del instrumental, problemas que tienen una fácil solución. El confort del cirujano está relacionado estadísticamente con los resultados de los procedimientos. La mejora de los aspectos que influyen negativamente en el confort del equipo quirúrgico comportará una disminución de la estancia y del tiempo operatorio.

C242.- ¿EL IMPACTO JUSTIFICA LA FORMACIÓN?. "NECESIDAD DE MEDIR RESULTADOS" (UPP).

CERNADAS-ARCAS I*, GARCÍA-FRAGUELA B, DOMÍNGUEZ-GUILLEN I.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

Revisar la justificación de una actividad formativa a través del impacto y de los resultados. Describir las ventajas de incorporar la evaluación de las actividades formativas para la reprogramación de nuevas actividades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En la Unidad de Formación del CHUAC se diseñó un programa formativo como actividad complementaria para disminuir la incidencia de Úlceras por presión (UPP). Se realizaron en (2007-2009) 12 actividades formativas acreditadas. Seis ediciones de 20 h dirigidas a enfermeras, y 6 ediciones de 12h dirigidas a auxiliares. Se analizó la adquisición de conocimientos mediante cuestionario pre y post curso, el impacto de la actividad formativa sobre el uso de diagnósticos, real y de riesgo de afectación de la integridad de la piel, la evolución de registro de la Escala de Bradem, y la incidencia de UPP en el CHUAC. Se determinó el porcentaje de aciertos en el cuestionario de conocimientos pre y post-curso, y se analizó el impacto de la adquisición de conocimientos sobre el desempeño profesional. Para evaluar el impacto se compararon los datos del año (2006) con los obtenidos después de la intervención formativa (2008-2011). Se midió el impacto a través de la utilización de la escala de Bradem, de la cumplimentación de "Déficit de Autocuidado Baño e Higiene", "Diagnóstico de riesgo", uso de "Diagnósticos, real y de riesgo y Afectación de de la integridad de la piel", de "estadiaje de UPP" e "incidencia de UPP".

RESULTADOS:

Se han formado 350 enfermeras y 440 auxiliares. El porcentaje de inscritos en las plazas disponibles fue del 100% y el porcentaje de asistencia del 78%. En la transferencia de conocimientos, se observa un aumento promedio de aciertos de un 40%; y superior a 50% en variables como: Escala de Bradem, conocimiento sobre

apósitos y, reconocimiento del estadio de una úlcera. Se observa un aumento significativo en la presencia del diagnóstico "Déficit de Autocuidado Baño e Higiene" en el 2008 (p=0,04) y un descenso en el "Diagnóstico de riesgo" (p=0,02). Aumenta el uso de "Diagnósticos, real y de riesgo de Afectación de la integridad de la piel" (NS). Se observa una mejora significativa del manejo de la Escala de Bradem en 2008 y un estancamiento en 2011. Evolución a una menor gravedad en el estadiaje de las UPP. A pesar de las mejoras sobre el proceso, desde 2008 a 2011 no hemos conseguido reducir la incidencia de UPP para el global del Centro.

DISCUSIÓN:

Se observa un aumento del conocimiento en el ámbito de: "aplicación de valoración de riesgos en UPP" y la "utilización de la Escala de Bradem. No encontramos la alineación esperada entre la transferencia de conocimientos y el "desempeño profesional". Esto hace pensar en que hay factores determinantes en la aparición de las UPP que no han sido abordados en la formación. Aunque el impacto no fué el esperado, no justifica dejar de impartir la formación.Es necesario revisar la programación.No sólo es necesario evaluar, hay que incorporar los resultados de la medición.

C243.- EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD.

GARCÍA-TRISTANTE DG, BURGOS-CASADO SB, GIMENEZ-JORDAN LG, ESTEBAN-MONREAL XE, JAREÑO MJ, BABA ZB.

CASAP CAN BOU. CASTELLDEFELS.

OBJETIVOS:

Análisis de la implantación de un programa de Cirugía Menor (CM) en un centro de salud basado en la calidad y seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Disponemos de un protocolo donde constan:criterios de inclusión,circuito de derivación,entrega y explicación del consentimiento informado,proceso de la intervención,circuito de curas postquirúrgicas y manejo de muestras (manipulación de la pieza quirúrgica para Anatomía Patológica AP). Para garantizar la máxima seguridad utilizamos una base de datos(Figura1)donde se recogen: variables del paciente: datos de filiación,antecedentes patológicos,alergias,estado vacunal,variables quirúrgicas:anestésico utilizado,técnica quirúrgica,tipo sutura,envío de la muestra anatomía patológica y variables postquirúrgicas:plan de curas enfermería,complicaciones,cuestionario satisfacción(Figura2). Archivamos informe AP en historia del paciente.En caso de patología maligna se comunicará a su Médico de Familia de forma urgente.

RESULTADOS:

De los 171 pacientes que fueron operados en entre los meses de abril y diciembre de 2010 un 53% fueron mujeres. Esta población tenía una edad media de 39,92 años. Las lesiones más prevalentes fueron las subdèrmicas con un 26% representadas mayoritariamente por los lipomas y los quistes sebáceos. En segundo lugar figuran las lesiones epidérmicas con un 26% siendo mayoritariamente los fibromas, las queratosis seborreicas y las verrugas(Gráfica1) La complicación más frecuente ha sido la infección de herida quirúrgica en un 1,7% de los casos. En cuanto a la lista de espera, ha sido siempre inferior a los dos meses, desde que se deriva al paciente

hasta que se interviene. La concordancia entre el diagnóstico prequirúrgico de la lesión con la confirmación del informe de Anatomía Patológica fue de un 93%(Grafica2) Se han derivado los pacientes al segundo nivel asistencial en 6 ocasiones (3%). Hemos analizado muestras en AP en un 40%. Los pacientes no presentados han sido 12 (7%).87% de pacientes satisfechos(Gráfica3).

DISCUSIÓN:

La CMA comporta reducir las derivaciones al segundo nivel y su lista de espera. Aumentando la cartera de servicios incrementamos las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del EAP,ofreciendo mayor calidad asistencial.La baja incidencia de complicaciones y la elevada concordancia clínico patológica hacen que sea una actividad eficiente en atención primaria.Es un servicio rápido y accesible,con alto grado de satisfacción.El coste disminuye notablemente comparando la cirugía menor en el Centro de Salud con la hospitalaria.Disponer de una base de datos protocolizada aumenta la seguridad del paciente y nos permite trabajar en un plan de mejora de las complicaciones postquirúrgicas.

C244.- CALIDAD TOTAL DE LAS DETERMINACIONES DE GLUCOSA REALIZADAS A LA CABECERA DEL ENFERMO (POCT) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

PÉREZ-AYALA. M, GÓMEZ-FRANCO M, GARCÍA C, MARTÍNEZ P, NOGUERA JA, HELLÍN J.

ANALISIS CLÍNICOS- HUVA. MURCIA.

OBJETIVOS:

En nuestro hospital se realizan más de 800 determinaciones diarias de glucosa, utilizando equipos portátiles (tipo glucometer) que, al inicio del estudio, no quedaban registradas en ningún sistema informático y, además no estaban sometidas a ningún tipo de requisito de calidad (controles, especificaciones, etc). El objetivo de este proyecto es implantar un sistema de control de calidad "on line" en todos los glucómetros del hospital que nos permita conocer la calidad de los análisis de glucosa que se realizan mediante este procedimiento y conseguir que cumplan las especificaciones de calidad que recomiendan los organismos internacionales para asegurar el control adecuado del paciente diabético, además de almacenar informáticamente todos los resultados que se generen.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizaron 43 glucómetros portátiles Pcx y XcPro (Laboratorios Abbott) que realizan la determinación de glucosa en 20 segundos. Los glucómetros, una vez procesados los controles y realizadas las determinaciones de glucosa, envían todos los datos a la estación central, donde quedan registrados todos los resultados. Los datos de pacientes son incorporados al sistema informático del laboratorio y a la historia electrónica del paciente; los datos de control de calidad quedan almacenados en el programa QCM3, programa del fabricante, donde son analizados por el responsable de calidad del Servicio de Análisis Clínicos. Cada aparato tiene que procesar dos controles (alto y bajo), diariamente antes de poder emitir algún resultado, los resultados deben estar incluidos en los límites de los controles. Para cada glucómetro se calcula el coeficiente de variación (CV) mensual de los dos controles

utilizados, durante un período de 6 meses. Se establece que el coeficiente de variación de la medida de glucosa debe ser inferior al 7.9%, según la bibliografía consultada (ADA/AACC/NACB).

RESULTADOS:

Durante el período de tiempo estudiado, el valor del CV para todos los aparatos fue inferior al que recomiendan las sociedades científicas (7.9%), observándose, además que la mayoría de ellos no superan el 5%.

DISCUSIÓN:

Los resultados anteriores garantizan que los resultados emitidos por los glucómetros Pcx y XcPro (Abbott) pueden ser utilizados para un adecuado control de los pacientes diabéticos (dosis y tipo de insulina, dieta, etc). Además, los resultados quedan almacenados en la historia clínica del paciente, registrando la persona que ha realizado el análisis, documentándose toda la trazabilidad de este tipo de análisis realizado a la cabecera del enfermo.

C245.- ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGIA.

DE LA TORRE-MERELLES B, LAVEDA-LOPEZ P, GARCIA-MARIN JM, CLEMARES-GARCIA MA, PEREZ-ROJO R, GIL-GARCIA J.

AREA DE SALUD VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Identificar los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes ingresados en una unidad de cardiología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de cardiología del Hospital Morales Meseguer desde noviembre de 2009 a noviembre de 2010. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (dislipemias, HTA, tabaquismo y diabetes) y patología cardiaca (alteración de ritmo, valvulopatia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva y miocardiopatia). Los datos han sido analizados con el programa informático SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Se han estudiado 379 pacientes, con una edad media de 67,44 años y un 62,4% de hombres. La prevalencia de dislipemia fue del 65,1%, de HTA el 76,2%, de tabaquismo del 21,5% y de diabetes el 39,3%. El 64,95 de los pacientes ingresados presentaban como principal patología cardiaca la cardiopatía isquémica (CI), el 22,1% alteración del ritmo, el 6,9% insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), 4% valvulopatia y el 2,1 % miocardiopatia. Los pacientes con alteración del ritmo e ICC presentaban una media de edad de 73 años, los pacientes con valvulopatias 72, los pacientes con CI 65 y los pacientes con miocardiopatias 51. La distribución por sexo de las diferentes patologías cardiacas fue muy similar la prevalencia de hombres (66%) en CI la más elevada. Los pacientes con alteraciones del ritmo presentaban dislipemias un 43,4%, HTA un 73,5%, habito tabaquito un 14,6% y diabetes 32,5%. Los pacientes con valvulopatias presentaban dislipemias el 60%, HTA el 93,3%, eran fumadores el 13,2% y diabéticos el 40%. Las dislipemias estaban

presentes en el 72,2% de los pacientes con CI, la HTA en el 75,3%, el habito tabaquito en el 24,7% y la diabetes el 39,8%. Los pacientes con ICC presentaban dislipemias el 73,1%, HTA el 88,5%, eran fumadores el 15,4% y diabéticos el 53,8%. Entre los pacientes con miocardipatias predominaban las dislipemias con un 75%, la HTA y la diabetes con un 50% y el hábito tabaquito un 25%.

DISCUSIÓN:

La patología cardiaca mas prevalente entre nuestros pacientes es la cardiopatía isquémica. El factor de riesgo cardiovascular que presentan nuestros pacientes en mayor porcentaje es la HTA. Los pacientes con ICC son los que presentan mayor porcentaje de factores de riesgo cardiovascular.

C246.- BALANCE DE 1 AÑO DE SEGUNDA OPINIÓN EN ARAGÓN.

AZNAR-RICO V, FEBREL-BORDEJÉ M, ESCRIBANO-CATALÁ M, GONZALEZ-NOTIVOL R, HUERTAS-PEREZ I, ANTOÑANZAS-LOMBARTE T.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. GOBIERNO DE ARAGÓN. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

El Decreto 35/2010, de 9 de marzo del Gobierno de Aragón, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica se publicó en el Boletin Oficial de Aragón el 23 de marzo de 2010. Su entrada en vigor se produce a los tres meses de su publicación. El objetivo es analizar el ejercicio de la segunda opinión en el año de implantación del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de las solicitudes y de la documentación que conlleva el procedimiento.

RESULTADOS:

En un año, se han recibido 88 solicitudes de segunda opinión. El análisis de las mismas indica que el 59 % corresponden a mujeres y el resto, 41 % a varones. Por edades, los pacientes que solicitan segunda opinión tienen una media de edad de 39.25 años, el desglose por edades, muestra que el 35,2 % de las solicitudes corresponden a pacientes entre 41 y 65 años. El grupo de pacientes de 0-15 años supone el 22,7% de las segundas opiniones solicitadas y el de 16-40 supone el 26,1 %. Los pacientes mayores de 65 años son el 16 %. La distribución según la provincia de origen indica que la mayoría corresponden a la provincia de Zaragoza (71,59 %) seguidos de Huesca (20,45 %). En Teruel el número de solicitudes de segunda opinión solo suponen el 7,95 % del total. En relación con la estimación o no de las solicitudes, cabe señalar que el 39,77 %, se han desestimado por no inclusión en los supuestos previstos en el Decreto. El resto, 53 solicitudes se distribuyen como sigue: • Se han estimado 38 solicitudes, de las cuales se ha completado el circuito de segunda opinión y entregado el informe al paciente en 30 casos. En 8 casos se está pendiente de recibir el informe

de segunda opinión. • 5 solicitudes quedan pendientes de estimación, ya que para ello se necesita el informe del centro emisor de la primera opinión. • En 11 casos se ha presentado renuncia antes de emitir la resolución por parte de la Dirección General de Atención al Usuario. De las solicitudes estimadas, el 60,6 % de las solicitudes de segunda opinión se están resolviendo con los recursos del Sistema de Salud de Aragón. El resto de las solicitudes se han enviado a los hospitales San Juan de Dios (Barcelona) y Marques de Valdecilla (Santander) con los que la Dirección General de Planificación y Aseguramiento ha tramitado sendos convenios de colaboración. Fruto del convenio firmado con la Comunidad de Cantabria, se han recibido hasta el momento, dos solicitudes de segunda opinión a nuestra comunidad.

DISCUSIÓN:

El ejercicio del derecho a la segunda opinión está regulado por un decreto en el que se establecen los supuestos que condicionan dicho ejercicio. Tras un año de vigencia, se concluye que las solicitudes se adecuan mejor a dichos supuestos.

C247.- NUEVAS INFRAESTRUCTURAS, NUEVAS OPORTUNIDADES.

HERNÁNDEZ-GARCÍA E, CROZ-PALACIOS R, RODRÍGUEZ-COLL P, CONTESSOTTO-SPADETTO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

OBJETIVOS:

Comprobar la evolución de los parámetros de calidad en la atención al parto relacionados con las mejoras estructurales secundarias al traslado de un hospital comarcal a un nuevo edificio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y transversal de la asistencia al parto prestada en nuestro antiguo hospital en los meses de Abril y Mayo de 2010 y en el mismo periodo del 2011 en el hospital nuevo. Revisamos un total de 349 historias clínicas en soporte informático, analizando 6 de los parámetros de calidad contemplados en la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) que consideramos dependen de forma más significativa de los recursos humanos y materiales a disposición de la Unidad de Obstetricia: porcentaje de aplicación de anestesia espinal, acompañamiento en dilatación-parto, elección de postura de parto, partos finalizados mediante cesárea, contacto precoz madre-recién nacido, lactancia materna. Comparamos el grado de cumplimiento de dichos indicadores antes y después del traslado del centro, así como las principales variaciones de personal e infraestructuras debidas al cambio.

RESULTADOS:

En el periodo Abril-Mayo 2010 se registraron 153 partos, atendidos por dos matronas de guardia y dos auxiliares de enfermería de apoyo. Se disponía entonces de una sala de dilatación con 2 camas (ampliable a 3 en caso de necesidad) y un único paritorio. En el mismo periodo de 2011 hubo 196 partos, atendidos por 3 matronas con el apoyo de 3 auxiliares, en 5 salas independientes de dilatación-parto a disposición de la Unidad. El grado de cumplimiento de cada indicador pre- y post-traslado fue:

1) Anestesia espinal: 40.52 vs. 17.85 %. 2) Acompañamiento en dilatación-parto: 46.4 vs. 70.91 %. 3) Elección de postura en el parto: 11.11 vs. 47.44 %. 4) Cesárea: 26.14 vs. 17.34 %. 5) Contacto piel con piel madre-recién nacido: 86.27 vs. 84.69 %. 6) Lactancia materna precoz: 54.08 vs. 62.09 %.

DISCUSIÓN:

Los planes de mejora de la calidad asistencial tienen que enfrentarse habitualmente a limitaciones estructurales frustrantes e insalvables. Sin embargo, nuestra Organización ha tenido recientemente la suerte de pasar a disponer de mayores recursos humanos y sobre todo modernas y amplias infraestructuras, cuya adecuada utilización debería repercutir en mejores cuidados sanitarios. Pese a evaluar una Unidad de Obstetricia aún en fase de asentamiento funcional, nuestro estudio parece indicar que se está sacando provecho de las oportunidades ofrecidas por el cambio. De entrada, el número de partos atendidos ha aumentado más del 20%, gracias a la desaparición de los traslados por falta de camas de hospitalización y/o salas de parto. Asimismo, el descenso del recurso a anestesia espinal y cesárea, así como el incremento de acompañamiento, elección de postura y lactancia materna, reflejan la mayor comodidad en la cual se desarrolla el parto actualmente y la mayor dedicación de los profesionales a las tareas de información y apoyo a la parturienta.

C248.- INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRIA Y MEDICINA DE FAMILIA: INTERVENCION FORMATIVA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS.

LÓPEZ-SANTIAGO A, FERNANDEZ-DEL-RIO MP, DELSORS-MERIDA-NICOLICH E, VIVO-MOLINA MC, CRUZ-JUANES Y, GARCIA-CORDOBA JA.

CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO. MURCIA.

OBJETIVOS:

La faringitis aguda o faringoamigdalitis es uno de los síntomas más frecuentes en atención primaria, y particularmente en la edad pediatrica. El tratamiento antibiótico se recomienda si la etiologia es por el EBHGA (estreptococo beta hemolitico grupo A). España es uno de los paises que consume mas antibioticos. El objetivo principal es determinar si una intervencion formativa (en TDAR (test de diagnostico rapido) y en guias clinicas de tratamiento antibiótico) reduce la utilización de antibioticos, identificando diferencias entre pediatria y medicina de familia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, no randomizado, antes y después, multicentrico (centros de atención primaria). Los médicos de familia y pediatras que participaron en el estudio registraron los pacientes diagnosticados de infeccion respiratoria de cualquier edad que acuden a la consulta de atención primaria durante 15 días. Posteriormente ambos grupos de médicos recibieron formación en el uso del TDAR y en guías de práctica clínica sobre el tratamiento antibiótico. Tras la formacion se les pidió repetir el registro de pacientes. La recogida de datos se realizo en el 2009-10. La diferencia en el porcentaje de prescripción se realizó mediante contraste de proporciones con el programa estadístico Stata versión 10.

RESULTADOS:

Participaron 139 médicos de familia y 105 pediatras, los cuales registraron un total de 12648 casos de infeccion respiratoria. 2853 pacientes eran menores de 15 años, de ellos el 11% se diagnosticaron de faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis. Mayores de 15 años se registraron

9795 con infeccion respiratoria, de ellos tambien el 11% se diagnosticaron de faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis. El numero de casos registrados antes y despues de la intervencion fué similar .

La prescripción de antibióticos en casos diagnosticados de faringoamigdalitis menores de 15 años se redujo del 79.62% al 56.2% p-valor=0.001 IC95%(0.136-0.331). En el resto de infecciones respiratorias se paso del 12.2% al 12% p-valor=0.874 IC95%(-0.0237, 0.027). En los mayores de 15 años con diagnostico de faringoamigdalitis del 88.23% de prescripcion antibiotica se disminuyó a un 75,36% p-valor<0.05 IC95%(0.0845-0.1727) y en el resto de patologias fue significativamente menor postintervencion 21.9% vs 16.7% p-valor<0.05 IC95%(0.035-0.068)).

DISCUSIÓN:

Las acciones formativas para mejorar el diagnostico y el tratamiento antibiotico en atencion primaria de la faringoamigdalitis resultaron eficaces tanto para pediatras como para medicos de familia en atencion primaria. Con respecto al resto de infecciones respiratorias esta mejora fue mayor en los medicos de familia.

Sesión de Comunicaciones IV

Sala Yepes

Seguridad V

C249 – C258

C249.- IDENTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS SIMPLES EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

GARCÍA-CUBERO C, CAÑADA-DORADO A, GARCÍA-FERRADAL I, SERRABLO-REQUEJO S, SANCHEZ-MARQUEZ A, ALONSO-SAFONT T.

GERENCIA DE ATENCIÓNJ PRIMARIA. MADRID.

OBJETIVOS:

Desde la creación de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), además de identificar y analizar incidentes y errores de medicación, se han elaborado y difundido medidas de mejora en forma de Prácticas Seguras (PS) y recomendaciones. A los cuatro años de la implantación de la Unidad, decidimos poner en marcha un proyecto con el objetivo general de valorar las Prácticas Seguras (PS) elaboradas por la UFGRS en sus cuatro años de desarrollo, identificando las Prácticas Seguras Simples (PS Simples), como aquellas que tienen un mejor equilibrio entre el impacto en la Seguridad del Paciente (SP) y la complejidad de su implantación. Objetivos específicos: Identificar las barreras que dificultan su implantación, así como las iniciativas para superar dichas barreras.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proyecto ha sido realizado en las siguientes fases: 1ª Fase: Elaboración y clasificación de las Prácticas Seguras (PS) 2ª Fase: Valoración de cada PS según su complejidad de implantación y el impacto potencial en la SP, de acuerdo a criterios definidos previamente. 3ª Fase: Identificación de las PS Simples 4ª Fase: Identificación de barreras que dificultan la implantación de dichas Prácticas y determinación de iniciativas para superar dichas barreras.

RESULTADOS:

En los cuatro años de desarrollo de la UFGRS, Se han elaborado 50 PS, de las cuales 42 se han generalizado a todo el Área. Dichas Prácticas las agrupamos según el Estudio APEAS, en Prácticas Seguras: Relacionadas con la Medicación: 18 . Los Procedimientos: 2. La prevención de la Infección : 3. Los Cuidados: 2. Otros: 17: Mejora de la

Continuidad Asistencial: 5. Mejora Equipamientos Sanitarios: 4. Organización y gestión: 4. Documentación clínica: 1. Formación profesionales:1Comunicación con pacientes: 1. Prevención de accidentes de pacientes: 1 En relación a la identificación de las Prácticas Seguras Simples- es decir las que cumplen las condiciones ideales- Nivel 1- se han identificado un total de 7, todas tienen que ver con el uso seguro de medicamentos, y 5 de ellas con las vacunas. Además se consideran otros 3 niveles más de PS Simples. Las principales barreras tienen que ver con la falta de formación, cultura, liderazgo de los equipos directivos y profesionales de los centros y escasa difusión de las PS. Las acciones planificadas para superar dichas barreras, han sido: formación, implicación de los equipos directivos y responsables de calidad/seguridad y mejora en la difusión de las PS.

DISCUSIÓN:

Desde la UFGRS se han elaborado un número importante de PS, identificándose aquellas PS Simples para Atención Primaria. La mayoría de éstas tienen que ver con el uso seguro de medicamentos y con las vacunas, lo cual debería ser una prioridad para otras UFGRS de AP a la hora de elaborar sus PS.

C250.- DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA FOMENTAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A LOS ALUMNOS EN PRÀCTICAS DE PREGRADO.

LAZARO-CARRERAS T, BLAVI-PONS LL, MARTÍ-RUIZ N, PEREZ-GARCIA MA.

FUNDACIO SALUT EMPORDA. FIGUERES.

OBJETIVOS:

Principal: Disponer de un programa de aprendizaje en materia de seguridad del paciente enfocado a integrar la cultura de seguridad como parte inherente dentro de la actividad asistencial propia de su profesión. Del programa: Reforzar los posibles conocimientos teóricos que previamente pueda disponer el alumno Acercar el conocimiento hacia los programas realcionados con la seguridad del paciente. Reconocer los riesgos potenciales para la seguridad clínica de los pacientes. Identificar situaciones de la práctica clínica que contribuyen a la aparición de fallos y errores. Conocer los programas de seguridad de nuestra institución. Los indicadores, su monitorización y resultados. Monitorizar un indicador de seguridad durante su periodo de practicum.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para diseñar el proyecto hemos utilizado las premisas básicas que sugieren en sus recomendaciones Ayuso y Grande: 1. Designar un coordinador de la actividad. 2. Definir los objetivos principales y secundarios de la actividad. 3. Elaborar el programa y definir los temas con sus contenidos. 4. Seleccionar el profesorado, teniendo en cuenta: formación académica, experiencia y capacidad docente. 5. Definir el título de la actividad formativa. 6. Diseñar una metodología novedosa que favorezca la interacción profesor-alumno. 7. Coordinar con el servicio responsable la reserva del aula y de material audiovisual. 8. Elaborar el material de soporte (manual del curso) para entregar a los alumnos. 9. Elaborar el material de soporte audiovisual del profesor. 10. Elaborar el material de seguimiento de la actividad práctica. 11. Elaborar un listado de firmas para la asistencia de los alumnos. 12.Evaluar la actividad formativa mediante un cuestionario cumplimentado por los alumnos. A quien va dirigido: a

todos los Estudiantes de pre-grado que realizan su periodo de practicum en nuestra institución El contenido del temario se ha agrupado en cinco unidades didácticas: UD 1: Introducción a la Calidad asistencial y la seguridad del paciente. UD 2: El riesgo asistencial: Errores y efectos adversos en la práctica diaria. UD 3: Actuaciones en seguridad de pacientes. Indicadores y su monitorización. UD 4: Abordaje de la seguridad del paciente en nuestra organización UD 5: Indicadores, monitorización y resultados de nuestra institución.

RESULTADOS:

Se dispone del diseño estructural y logístico del programa así como de los contenidos de sus unidades didácticas. Esta prevista su presentación a los tutores de practicum con el objeto de coordinar esta actividad. Nos marcamos la fecha de inicio de la formación a lo largo del próximo curso académico 2011-12.

DISCUSIÓN:

Al ser un tipo de formación que en el momento actual no se encuentra incluido dentro de los objetivos de los practicums asistenciales, creemos que esta oferta ofrece un valor añadido a la formación práctida de nuestros alumnos y futuros profesionales. Queda pendiente valorar el impacto de esta formación que pensamos recoger una vez se haya impartido el curso.

C251.- CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE INTEGRE EL ANÁLISIS/SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA.

COMELLAS-ALABERNS JO, TORNE-SUNYE CR.

HOSPITAL ASEPEYO. SANT CUGAT DEL VALLES.

OBJETIVOS:

Disponer de un instrumento de gestión estructurado que aporte la información necesaria para el análisis y seguimiento de los indicadores relacionados con la Seguridad del Paciente y que resuelva: • La dispersión actual de la información así como las distintas actuaciones de mejora que se generan. • La necesidad de resolver el problema con aplicaciones de fácil desarrollo y utilizando recursos propios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para el desarrollo del cuadro de mando de seguridad se utilizó como referente el propio plan de seguridad, incluido en el Plan de Calidad del Hospital. Las estrategias de Seguridad que lo integran surgieron de la revisión del plan de calidad 2008-2010 así como de las diferentes iniciativas y actuaciones para la mejora de la seguridad clínica promovidas por el Departament de Salut, el Ministerio de Sanidad y la OMS. Se asignó un responsable a cada estrategia de seguridad, con la función de liderar el proyecto, desarrollando las líneas de actuación establecidas en base a las cuales se definieron los indicadores a incluir en el cuadro de mando de seguridad. Por otro lado, a través de la Coordinación de Calidad, se trabajó en el diseño de los diferentes documentos que integran la herramienta "Cuadro de Mando de Seguridad" desarrollada en formato microsoft excel: • Ficha corporativa de definición del indicador. • Documento corporativo de análisis y seguimiento de indicadores.

RESULTADOS:

Hemos diseñado una herramienta que contiene una tabla con los indicadores acordados por los líderes de cada estrategia de seguridad y acorde con el Plan de Calidad del Hospital que incluye: • La definición de la estrategia (líder,

objetivo, actuaciones a realizar) • La definición del indicador (nombre, finalidad, fórmula de medición, periodicidad, origen de los datos, bibliografía). • El resultado obtenido • El objetivo marcado • El seguimiento de las actuaciones que se generan (fecha, análisis, actuaciones acordadas, estado de las actuaciones acordadas, evaluación efectividad de las actuaciones implantadas) Cada uno de estos campos dispone de un documento vinculado que aporta la información necesaria de manera integrada. Ha sido implementado al inicio del año 2011, con un total de 45 indicadores definidos correspondientes a 14 estrategias de seguridad.

DISCUSIÓN:

• Se trata de un instrumento que se ha mostrado de utilidad al integrar información hasta ahora dispersa, lo que dificultaba el seguimiento de las actuaciones. • Esta integración facilita el trabajo diario y permite una rápida visualización y un fácil acceso a la información. • Al tratarse de una aplicación sencilla, puede desarrollarse por parte del propio Hospital, sin utilización de recursos externos en una época de limitación presupuestaria.

C252.- INDICADORES DE HIGIENE DE MANOS. EVALUACIÓN A DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN A. ESPECIALIZADA Y PRIMARIA.

ULIBARRENA-SAINZ M, MARTINEZ-VARELA MC, CARDEÑOSO-AHEDO D, APESTEGIA-BUSTO A, ELORDUY I, ZABALLA TX.

CLÍNICA ERCILLA, MUTUALIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

Evaluar la estrategia de higiene de manos (HM) a través de sus indicadores, a los dos años de su implantación en los centros sanitarios de Mutualia-Bizkaia: un hospital de 25 camas y 8 centros de asistencia primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En 2009 se pone en marcha la HM y se definen los indicadores: Estructura: nº de dispensadores de solución alcoholica y existencia de un plan de acción escrito. Proceso: acciones formativas y guías, tripticos y carteles entregados a los profesionales o colocados en los centros de trabajo. Medimos el % que recibieron formación teórica (charlas), el de personas que recibieron la guía y el tríptico acerca de la HM, elaboradas por el Equipo de Mejora creado para desarrollar la estrategia HM y el número de carteles sobre lavado de manos colocados en los centros. Resultado: encuestas de percepción y consumo de solución. La encuesta se realizó en 2009 y otra vez en 2010, adaptada de la OMS. Los resultados se evalúan por grupos profesionales y se recogen las sugerencias. El consumo se relaciona con la actividad asistencial. Además se estratifican los resultados según el área sanitaria (Hospitalización, consultas de atención especializada, consultas de A. primaria y Rehabilitación).

RESULTADOS:

1- Estructura: dispensadores colocados 69: 5 en Urgencias, 17 en consultas A. Especializada, 24 en A. Primaria, 7 en Rehabilitación, 13 en hospitalización y 3 en quirófanos. Se ha redactado una instrucción en HM. 2- Proceso: el 40,17% del personal sanitario ha recibido formación en HM, la guía y el tríptico se entregó al 100% de la plantilla y se colocaron 150 carteles explicativos. 3- Resultado: consumo de solución alcohólica 43.6 l/año. La

tasa de utilización por 1000 consultas es: 0,28 en Urgencias, 0,25 en A. Especializada, 0,42 en A. Primaria y 1.32 por 1000 estancias hospitalarias. Encuestas: la participación fue del 52% en 2009 y del 61% en 2010. En ambas más del 90% afirman conocer la estrategia, pero sólo el 50% conocen su eficacia. Los medios y estructura de la HM se valora positivamente por el 75% en la primera encuesta y el 95% en la segunda. Los profesionales que afirman que se limpian las manos en los 5 momentos no varia, manteniéndose entre el 86 y 90% en ambas encuestas; sí mejora los que declaran usar la solución del 43 al 61%. Las principales barreras de cumplimiento son la falta de conocimiento de la importancia y la concienciación (48%).

DISCUSIÓN:

El despliegue de la HM parece adecuada en cuanto a medios, ya que se llevan a cabo los primeros pasos como son la formación del personal sanitario, elaboración de guías, carteles y trípticos y colocación de dispensadores. Las encuestas muestras un alto grado de conocimiento y además la evolución es positiva con el tiempo, pero no en cuanto a la concienciación de su importancia. Este factor puede ser el responsable del bajo consumo de solución hidroalcohólica, ya que la tasa está en menos de 1 ml/por paciente visto en consulta.

C253.- IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO SEGURO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS ANTINEOPLASICOS.

CORTIJO-CASCAJARES S, DE AMURIZA-CHICHARRO (*) N, GASTALVER-MARTIN C, GOYACHE-GOÑI MP, HERREROS DE TEJADA-LOPEZ-COTERILLA A.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID.

OBJETIVOS:

Implantar estrategias para mejorar la seguridad en la administración de fármacos antineoplásicos en el hospital de día de oncología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se decidió incorporar un sistema de validación electrónico para la administración de los citostáticos en el hospital de día basado en PDAs. En nuestro Hospital se encuentra implantada la prescripción electrónica con el programa Oncofarm®, realizándose a partir de protocolos e individualizándose en función de las características biométricas del paciente. Tras la validación de la prescripción médica por el Servicio de Farmacia, la información se vuelca en las PDAs, sin necesidad de trascripción por el personal de enfermería. El circuito que se realiza es el siguiente: en primer lugar se verifica la identidad el paciente mediante la lectura de la pulsera de su muñeca con la PDA, apareciendo en la pantalla de la misma sus datos y los de los medicamentos a administrar. A continuación se van leyendo, según se van administrando, las mezclas de citostáticos que son preparadas y enviadas desde Farmacia acondicionadas con etiquetas provistas de códigos de barras. Si todo es correcto, se indica en la pantalla de la PDA y se administra el tratamiento. Si algún parámetro no coincide (la medicación no corresponde al paciente o si el orden de administración no es el correcto) el sistema genera una alerta. Para mejorar la seguridad en la programación de la velocidad en las bombas de infusión se seleccionaron bombas Plum A+ equipadas con el software de seguridad MedNet®, en las que se introdujo una biblioteca de fármacos (farmacoteca) específica para el área clínica de

oncología. En dicha farmacoteca se definió para cada fármaco su velocidad recomendada de administración y se fijaron unos límites de variación de la misma. Cuando se programa una velocidad de administración que sobrepasa los límites establecidos se genera una alerta.

RESULTADOS:

La administración de antineoplásicos con validación PDA comenzó en enero 2011. Hasta mayo se han leído un total de 8333 mezclas, correspondientes a 983 pacientes (79% de todas las mezclas administradas en el hospital de día). La utilización de las bombas "inteligentes" comenzó en marzo de 2011. Durante estos 3 meses se han infundido con las bombas inteligentes un total de 371 mezclas. En el 89% (337) de las infusiones programadas no se generó ninguna alerta. En total se produjeron 19 alertas mayores que obligaron a corregir la velocidad de infusión programada.

DISCUSIÓN:

Este sistema de administración de antineoplásicos nos permite minimizar los errores y aumentar la seguridad al cumplir la regla de los "five rights": paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía y tiempo de administración correctos. Esta nueva metodología de trabajo basada en la seguridad aporta un valor añadido de calidad en el proceso asistencial.

C254.- COMITÉ DE CALIDAD RADIOLÓGICA:ESTRUCTURA PARA GARANTIZAR CALIDAD ASISTENCIAL,SEGURIDAD CLÍNICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

PIÑAS-FORCADELL M, LUCAS D, OLLOQUEQUI M, ARTIGUES M, ABREU JA, BUENO MJ.

GRUP SAGESSA. AMPOSTA.

OBJETIVOS:

Constituir un Comité de Calidad Radiológica (CCR) formado por Responsables de Servicios, Directores de Centro, Director de Física Médica y Protección Radiológica (FM y PR), Director de radiologia y Directora de Calidad del Grupo. Garantizar la calidad asistencial y la protección radiológica tanto del paciente como del profesional laboralmente expuesto. Crear una sistemática de trabajo unificada en todos los centros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Unificación de comités radiológicos de centros de diferente nivel asistencial. (Hospital de agudos, Atención Primaria y Socio sanitario). Revisión bibliográfica y recopilación de la documentación de los diferentes servicios. Elaboración, validación y publicación de documentos propios. Establecer una sistemática de reuniones del Comité. Creación de comisiones para trabajar temas específicos y aportar los resultados al Comité. Formación radiológica especializada y de calidad de miembros del Comité.

RESULTADOS:

Constitución del CCR con reuniones bimensuales itinerantes. Acreditació del Servicio de FM y PR por el Consejo de Seguridad Nuclear. Elaboración del reglamento interno de funcionamiento. Elaboración del manual de Garantia de Calidad. Revisión de procedimientos clínicos, de gestión y de calidad. Publicación de documentos en espacio Web. Definición de un cuadro de indicadores: actividad, calidad y seguridad clínica. Seguimiento del mantenimiento preventivo del aparataje. Seguimiento de las revisiones por parte del Servicio de PR. Control de calidad diario y semanal del mamógrafo para garantizar la calidad de las pruebas (dosis y calidad de imagen). Cálculo

de dosis equivalentes en todas las exploraciones simples e intervencionistas en salas de radiologia, arco quirúrgico y portátil. Control de las dosimetrias de los profesionales. Dotación adecuada de los EPIs. Unificación de Consentimientos Informados. Formación en PR (1er y 2º nivel) de miembros del Comité. Docencia a los profesionales de los diferentes centros por los propios miembros del Comité. Seguimiento de incidencias (diario de operaciones). Digitalización de las imágenes radiológicas generadas por todos los centros del Grupo y centralizadas en un solo PACs. Nombramiento de un Director de radiología del Grupo unificando directrices. Dotación de equipos de alta tecnología.

DISCUSIÓN:

La costitución de un CCR cohesionado con una línea estratégica común, ha permitido unificar criterios de calidad de imagen y PR, impactando en la eficacia y en el mejor funcionamiento de la organización utilizando la sinergia de pertenecer a un Grupo sanitario. Este Comité permite realizar benchmarking interno y dar respuesta a incidencias que puedan suceder en cualquier centro e implantar las mejoras adecuadas en todos ellos de manera preventiva. Se trata de asegurar que las imágenes diagnósticas obtenidas son de la máxima calidad posible, para realizar el diagnóstico adecuado, con el menor coste económico y la mínima exposición a las radiaciones ionizantes.

C255.- MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSERCIÓN DE CATÉTERES.

RODRÍGUEZ-MONDÉJAR JJ, MARTÍNEZ-HUESCAR M, VALBUENA-MOYA RM, PAREDES-PÉREZ FJ, LASHERAS-GALACHO JG, MARTÍNEZ-GUERRERO M.

HGU REINA SÓFÍA DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

En nuestra unidad y dentro de la cultura de la seguridad del paciente en UCI se han producido cambios en la inserción y cuidados de los catéteres venosos centrales (CVC). Destacamos algunos de ellos, así como la idiosincrasia de ciertos aspectos que no son muy comunes en otras UCIs. Objetivo: analizar la evolución de los resultados de una lista de verificación de inserción de catéteres venosos centrales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. Población: el universo, todos los pacientes que se les insertó una vía central y se realizó el chest-list. Lugar: en una UCI polivalente de 12 camas de un H.G. Universitario. Temporalidad: 16 meses de recogida de datos. Desarrollo y Fuente: registro de lista de verificación del estudio bacteriemia Zero. Procesamiento: media y máximo y mínimo para cuantitativas, y cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas con pack SPSS v15.

RESULTADOS:

273 vías centrales (7-25), con 169 (62%) de accesos por vía basílica (37%-77%), en turno de tarde 90 (33%), sin recambio del catéter con guía 269 (98,5%), urgentes 62 (23%), asistente cumple protocolo completo 98,5%, consentimiento informado 67%, uso de sábanas estériles para cubrir cama y esterilidad del operador 100%. Se observa la tendencia a que a menor número de vías canalizadas en un mes más son electivas y menos urgentes. Se ha disminuido al menos el 40% de las bacteriemias secundarias a CVC.

DISCUSIÓN:

Se canalizan un importante número de catéteres centrales de inserción periférica (PICC), muy por encima de las medias registradas en otras unidades y centros. Se debe mejorar en el nivel de cumplimentación de los consentimientos informados de este procedimiento. La cultura de la seguridad en esta técnica y sus cuidados ha mejorado incorporando aspectos que antes no se aplicaban y han mejorado la calidad del proceso y de los resultados.

C256.- ADECUACION DE LOS ACCESOS VENOSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER DE MURCIA.

SOTO-CASTELLON B., BAEZA-MIRETE M., TRIGUEROS-GARCIA D., SAA-ROJO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

INTRODUCCION: La canalización de vías periféricas es uno de los procedimientos invasivos que con más frecuencia se practican en los Servicios de Urgencias con un fin terapéutico, que puede ser inmediato o no, en función de la sintomatología que presente el paciente o el diagnóstico de sospecha inicial. En un estudio realizado en este Servicio de Urgencias, en diciembre de 2003, tomando como referencia los criterios de adecuación utilizados en los manuales de metodología del INSALUD, la adecuación obtenida fue del 80%(i.c.-+11%) En estudios re OBJETIVOS: Evaluar el porcentaje de pacientes a los cuales se les realiza un acceso venoso en urgencias. Evaluar la adecuación del uso de las vías heparinizadas en Urgencias . Comparar con el estudio realizado en el 2003 en este Servicio. Comparar con estudios de la bibliografía. visados hemos encontrado que sobre un 20% de pacientes que acuden a urgencias se les canaliza una vía venosa, valorándose adecuado su uso en el 60%.

MATERIAL Y MÉTODOS:

METODO: El estudio se realizó en el Hospital Morales Meseguer, que da cobertura de asistencia especializada a cerca de 250.000 habitantes. La población a estudio estuvo constituida por pacientes de ambos sexos que acudieron al Servicio de Urgencias, durante el periodo comprendido entre el 20 de febrero (08:00h) y el 22 de marzo de 2011(08:00h), un total de 6668 pacientes. Se extrajo una muestra de 300 pacientes, mediante muestreo aleatorio sistemático. Retrospectivamente, se revisaron las historias clínicas de urgencias correspondientes a estos pacientes constatando la práctica o no de acceso venoso. En los casos que se había canalizado una vía , se registraron los siguientes parámetros: turno, destino del

paciente (ingreso o no), realización de 2 ó más extracciones sanguíneas secuenciadas durante su permanencia en urgencias, indicación facultativa en el tratamiento de vía heparinizada, tratamiento intravenoso administrado (medicación o sueroterapia). Fuente de Datos: Historia clínica de Urgencias. La evaluación fue realizada por 5 enfermeros del Servicio de Urgencias.

RESULTADOS:

RESULTADOS: Se canalizaron vías venosas a 130 pacientes, el 43% (intervalo de confianza= 43±5,6 %). No existe diferencia entre el turno de la mañana y de la tarde (43%) en cada turno, siendo inferior (14%) en el turno de la noche. De los pacientes a los que se les práctico acceso venoso, el 30%(ic: 30±5,2%) fueron ingresados, el 14% (ic 14±3,9%) se les realizo 2 ó más extracciones, en el 77% (ic 77±4,7%) figuraba la indicación de vía en el tratamiento, en el 74% (ic 74±4,7%) recibieron medicación intravenosa, y el 49% (ic 49±5,6%) recibieron sueroterapia i.v. en su tratamiento.

DISCUSIÓN:

CONCLUSIONES: El estudio pone de manifiesto que un 43% de los pacientes llevaban las vías venosas canalizadas de las cuales el 81% fueron adecuadas .La adecuación obtenida es prácticamente igual que durante el estudio del año 2003 . En nuestro servicio hemos encontrado un uso de vías venosas canalizadas superior al de la bibliografía.

C257.- APRENDIENDO DE LOS EVENTOS ADVERSOS: ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ (ACR) BREVE EN SAC-2.

GARRIDO-FLGUEIRAS MJ, CANDIA-BOUSO B, VAZQUEZ-RODRIGUEZ JM, PARDO-VAZQUEZ JJ, QUIROGA-ORDOÑEZ E, MARTINEZ-ALFONSO M.

CHUAC. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

Presentar la Gestión de notificación SAC 2 (riesgo alto), recibida a través del SiNASP Describir la repercusión de una notificación sobre prevención del riesgo clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recibe a través del SiNASP una notificación sobre evento adverso (EA), SAC 2: "Hipoglucemia severa por error de administración de suero: SG5% en lugar de SG50%. El gestor principal de SiNASP adjudica notificación a gestor SiNASP y se planifica ACR breve, como está descrito el procedimiento del centro para la Gestión de Riesgos Clínicos en SAC 2. Gestor SiNASP comunica EA a Dirección. Se convoca grupo para ACR: identificar causas de EA y proponer recomendaciones para prevención. Convocados: representantes de Dirección (2), jefe de servicio, supervisora y representantes del área médica y de enfermería en Calidad (2).

RESULTADOS:

Identificación de causas del EA en 3 epígrafes: Relacionadas con equipos/materiales/instalaciones: SG al 50% y al 5% son casi idénticos: frascos de cristal del mismo tamaño, mismo tapón y etiquetado semejante que sólo se diferencia en número sobreimpreso que hace referencia a la concentración; SG al 50% se almacena en diferentes sitios;En el mismo almacén, hay una estantería para SG al 50% y otra para SG al 5%. Causas relacionadas con los profesionales: Colocación incorrecta del frasco en el almacén; Diferentes profesionales colocan los frascos; Falta de comprobación de fármaco correcto antes de administración. Causas relacionadas con el paciente: Paciente con riesgo extremo por sus condiciones clínicas de base. Se acuerda en el Grupo: Solicitar a Laboratorio Farmacéutico cambio en etiquetado de frascos, que identifique con etiquetas de diferente color los frascos

según concentración; Cambiar ubicación de frascos de SG al 50%", en un solo lugar, y separándolos especialmente de SG al 5%. Esta medida propuesta se acuerda hasta que el Laboratorio dé respuesta a la modificación del etiquetado; Posibilidad de cambio de laboratorio para compra de sueros de diferente concentración, de forma que se diferencie SG al 50% del SG al 5%; Comprobar el profesional sanitario en voz alta, etiquetado y vía de administración del fármaco/suero, antes de iniciar administración; Difundir a esta Unidad y al resto de Unidades, las medidas adoptadas para su generalización.

DISCUSIÓN:

La gestión de notificaciones SAC 1 y SAC 2 a través de ACR, constituye una estrategia fundamental en el compromiso de la organización con la SP. El ACR breve ante SAC 2, ayuda a identificar causas, favorece la valoración de consecuencias y la determinación del alcance a otras unidades. La difusión del ACR evidencia compromiso y esfuerzo en reducir incidentes de alto riesgo. La notificación del incidente de una Unidad permitió generalizar recomendaciones para todas las Unidades. Mantener la gestión del SiNASP puede requerir un trabajo minucioso y constante. Entre las ventajas se encontrarán sin duda: la cultura de seguridad y la percepción de nuestra voluntad de mejorar la calidad de la asistencia.

C258.- MANOS LIMPIAS, MANOS SEGURAS ¡ECHA UNA MANO!.

JIMÉNEZ-GÓMEZ MC, MATEOS-RODILLA J, MARTÍNEZ-PATIÑO MD, OLIVERA-CAÑADAS G, DRAKE-CANELA M, CAÑADA-DORADO A.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

OBJETIVOS:

Diseñar e implementar campaña de concienciación y formación que llegue a los 260 centros de salud (CS), que sensibilice y movilice a los profesionales de Atención Primaria de nuestra comunidad para que la higiene de manos (HM) pase a ser un comportamiento automático en la práctica asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Periodo: marzo- abril 2011 Fases: Constitución del equipo del proyecto, análisis de situación de partida (cumplimiento HM) y definición de objetivos Identificación de las personas objetivo. Audiencia primaria: directivos, profesionales y pacientes. Secundaria: público, asociaciones, medios e industria Identificación de aliados Desarrollo de mensajes (técnicas de comunicación y marketing) y de actividades (4 sesiones de generación de ideas) Diseño de carteles: general de campaña, 3 para pacientes, 3 para profesionales Diseño de actividades: 2 a directivos, 13 a profesionales, 6 a la ciudadanía y 6 a otros grupos. Confección de ficha por actividad (título, objetivo, desarrollo, recursos e indicadores de evaluación) y del material educativo de cada una Confección de cuadernillo y kit de campaña Constitución del equipo promotor Diseño de estrategia de comunicación. Todo el material en WEB Implantación en cascada en CS (premisa: participación de audiencia primaria) Diseño de evaluación del impacto: 4 indicadores de éxito y memoria o informe de aprendizaje.

RESULTADOS:

Se comunica y despliega la campaña en los 260 CS con estructura en red de promotores: 260 responsables de HM, 7 directivos, 12 técnicos 135 CS participan en las actividades (52%) y realizan memoria 81 CS se inscriben en la página OMS, uniéndose al reto (31%). Actividad más realizada “12.394 y uno más” 83 CS formalizan

compromiso escrito con la HM (32%) Se realizan 452 actividades (media 3,5 por CS; rango 1-7): 118 con población (26%), 325 con profesionales (72%), 7 con directivos (2%) Se realizan 112 actividades formativas (25% de las realizadas), 117 de sensibilización (26%), 83 de explicitar compromiso (18%), 118 lúdicas-celebrativas día mundial (26%) 97 CS utilizan el cartel de campaña (37%) 56 CS reparten hojas informativas a profesionales (22%) y 27 a la ciudadanía (10%) Aspectos positivos para los participantes fueron: facilidad de ejecución, sinergia del trabajo en red, carácter lúdico/creativo de las actividades, disponer del material didáctico elaborado Aspectos de mejora: carteles ya impresos, mas tiempo de implantación, implicación, estructuras.

DISCUSIÓN:

Lecciones aprendidas: la participación en actividades consigue movilizar; necesitamos capacitación en HM; necesidad de reforzar y recordar la HM Los resultados demuestran participación e implicación de los profesionales, que se han sensibilizado y movilizado. Han sido herramientas válidas: sinergia en la generación de ideas en grupo, establecimiento de alianzas, uso de métodos de marketing y comunicación, amplitud de oferta de actividades y disposición de material ya elaborado. La convergencia de estos factores ha sido clave del éxito.

Mesa de Comunicaciones Orales Seleccionadas a Premio

Sala Yepes

C259 – C267

C259.- FIBRILACIÓN AURICULAR, CADA VEZ MÁS FRECUENTE. REDISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL PARA ACERCARLO A LA ATENCIÓN PRIMARIA.

PALACIO-LAPUENTE (*) F, HERNANDEZ-GALINDO (**) M, AMEZQUETA-GOÑI (**) C, LAPUENTE-HEPPE (***) I, SOLA-SARABIA (*) C.

(*) OSAKIDETZA, (**) S NAVARRO DE S (***) S CANTRABRO S. SAN SEBASTIAN.

OBJETIVOS:

La Fibrilación Auricular (FA) es una patología frecuente (15% en mayores de 80 años) asociada a mayores tasas de mortalidad, ictus e insuficiencia cardiaca El número creciente de pacientes con FA puede obligar a una reasignación desde Cardiología, donde son atendidos habitualmente, hacia la Atención Primaria (AP). Este cambio precisará de un rediseño del proceso, con cambios organizativos y reasignación de roles Para disponer de la información necesaria para ello se ha diseñado el presente estudio, con los objetivos de: 1. Determinar el proceso de gestión deseable de la FA, incorporando la opinión de profesionales y pacientes. 2. Conocer cómo se está haciendo en la práctica real. 3. Identificar las dificultades para que la práctica se acerque a lo deseable.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Participan las CCAA de Navarra, País Vasco y Cantabria. 1. Fase descriptiva Consenso entre especialistas de Cardiología y de AP para definir el proceso deseable de atención de la FA. Análisis de los modos de fallo y de sus efectos (AMFE) del proceso definido, por profesionales y pacientes. Elaboración del diagrama de flujo y de sus notas explicativas finales. 2. Fase evaluativa A partir del proceso definido, encuesta a una selección aleatoria de 244 médicos de familia, para conocer la práctica real de la FA. 3. Fase explicativa Grupos Nominales (1 por CCAA) para identificar y priorizar los problemas que dificultan una practica adecuada, más 3 grupos focales para conocer que opinan los profesionales sobre la información a los pacientes.

RESULTADOS:

1. Hubo acuerdo en que la FA, en ausencia de cardiopatía estructural, es un proceso a atender en AP. Se consensuo el diagrama de flujo y sus notas El AMFE de profesionales puso en evidencia la necesidad de formación. El de pacientes la necesidad de información y de apoyo emocional. 2. Un 62% de los médicos de Primaria derivan los pacientes a Cardiología, un 38% prefieren estudiarla y tratarla. Un 72% deriva siempre o casi siempre a Hematología para anticoagulación El 50% creen que deben tener acceso al ecocardiograma. Un 24 % instaura tratamiento para la respuesta ventricular y un 7,4 % para control del ritmo No hay diferencias por la edad del médico. 3. Las necesidades sentidas para hacerse cargo de la FA son protocolos conjuntos, formación, motivación, apoyo de especializada, acceso a ecocardiografía En cuanto a la información a los pacientes, consideran que es una enfermedad compleja, difícil de explicar donde Enfermería puede jugar un papel.

DISCUSIÓN:

Hay consenso en que la FA es un proceso a tratar habitualmente en AP Un alto porcentaje de profesionales de AP quieren implicarse más en el manejo del proceso, pero necesitan formación, protocolos, apoyo de especializada, trabajo en equipo con enfermería y motivación, fundamentalmente. Los pacientes se ven poco apoyados/informados, y los médicos tienen dificultad para mejorar ese aspecto. Enfermería puede jugar un papel importante en esta área Se ha iniciado ya la fase de implantación.

C260.- PROYECTO LIDERA: UN IMPULSO AL LIDERAZGO EN MUTUALIA.

FERNÁNDEZ-MUJIKA M, ETXENAGUSIA-CAPELASTEGUI V, LEKUNBERRI-HORMAETXEA I, LUJUA-MURGA MA, MEDINA-VALBUENA R, SAINZ DE VICUÑA-BRAVO L.

MUTUALIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

El sistema de gestión de Mutualia se basa en los principios de la Excelencia. En la autoevaluación realizada a finales de 2010 en base al modelo EFQM, se detectó que el liderazgo era un aspecto a potenciar en la mutua, y se decidió poner en marcha un foro de participación estable, en el que se integran las personas líderes de la organización que no pertenecen al Comité de Dirección ni al Comité de Gestión. Nace así el Proyecto Lidera en Mutualia, con los objetivos de extender la participación en la gestión a más personas en la organización y consensuar con las personas líderes el estilo de liderazgo, sirviendo de foro de comunicación y de generación de opinión e ideas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El Proyecto Lidera está basado en jornadas mensuales, todas ellas con la misma estructura: — Cada jornada gira alrededor de un tema (por ejemplo: definición y evaluación del liderazgo, participación en equipos, etc.). — Desde la Dirección se presenta el tema, explicando qué se ha hecho hasta ahora sobre ello, y qué iniciativas se quieren llevar a cabo. — Se han creado 8 equipos de mejora de unas 10 personas, que reflexionan sobre el tema planteado, en base a un guión de preguntas, y realizan aportaciones. Cada grupo elige a una persona como coordinadora, que al finalizar la reunión expone las aportaciones de su equipo. — En la siguiente jornada, tras haber analizado las propuestas con el proceso responsable de cada ámbito/tema, la Dirección expone las iniciativas que se van a asumir y cómo se van a llevar a cabo, así como la explicación de aquellas que no se puedan asumir. De forma complementaria, y como consecuencia de una sugerencia realizada en este proyecto, se están impartiendo sesiones de formación a las personas

integrantes del Proyecto, en relación al modelo de gestión y a los distintos procesos que componen la mutua. Además, se ha creado el Blog del Proyecto Lidera, en el que se comparte toda la documentación de las jornadas, resultados de las encuestas de satisfacción, temas de autoformación y enlaces a sitios de interés y artículos de opinión, entre otras cosas.

RESULTADOS:

Al finalizar cada jornada se realiza una encuesta de satisfacción, y los resultados demuestran que se trata de un foro muy valorado por parte de las personas que lo integran. Las valoraciones generales de las jornadas oscilan alrededor del 7,5; más del 80% de las personas participantes considera que sus aportaciones se tienen en cuenta de forma bastante o muy adecuada y, lo que es más significativo, preguntadas por su interés en continuar en el proyecto, más de un 94% de las personas afirma querer seguir formando parte del mismo. La participación está superando las 80 personas, llegando a 84 en la última jornada.

DISCUSIÓN:

Los resultados demuestran la buena aceptación del Proyecto Lidera como un método innovador para extender la participación en la gestión a otro nivel de liderazgo y, en definitiva, como una herramienta más para impulsar la excelencia en la gestión de Mutualia.

C261.- FORO DE INSPIRACION PARA EL APRENDIZAJE, EMPRENDIZAJE E INNOVACIÓN.

ESPARZA-GARCIA E, GONZALEZ-LOMBIDE E, ARBONIES-ORTIZ JC, CABALLERO-PEREZ S, CHINCHILLA-MIGUEL JR, AYESA-ALVAREZ JJ.

COMARCA EKIALDE - OSAKIDETZA. SAN SEBASTIAN.

OBJETIVOS:

Implantar una herramienta tecnológica que genere dinámicas de innovación para mejorar la atención 1.Sensibilizar a los profesionales en la importancia de adaptarse a los cambios 2.Captar información, ideas y proyectos existentes en el entorno de salud 3.Difundir el conocimiento generando "Conocimiento compartido" 4.Priorizar y realizar proyectos que generen "Valor social" 5.Analizar los resultados y extender el uso de la herramienta.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Creación del "Grupo Tractor" impulsor de ideas innovadoras -Análisis interno de situación: insatisfacción en participación e información. Baja utilización del Buzón de Sugerencias -Plataforma colaborativa con "Google groups" -Análisis externo de la situación: benchmarking con organizaciones innovadoras. -Crear cultura de innovación: a.Creación de la herramienta informática en Intranet b.Agrupación del conocimiento por áreas temáticas c.Creación de red informadores clave "Miniradares" d.Descripción de la herramienta con sus apartados -Sistematizar la gestión de ideas: Circuito para analizar y priorizar proyectos -Comunicación y despliegue de la herramienta a.Sesión plenaria b.Sesiones a líderes c.Sesiones formativas en los centros d.Web para generar y compartir ideas e.Apertura a la sociedad.

RESULTADOS:

1.Sensibilizar -31 personas implicadas en el proyecto -Personas interesadas: 17034 visitas 2.Captar ideas -134 ideas en el foro frente a 6 en Buzón de Sugerencias -Temáticas más comentadas : Nuevas formas de atención, Cambios organizativos, Valores -58 Personas generando ideas, frente a 6 del Buzón de sugerencias -Incremento de Satisfacción de personas en participación 3.Difundir el

conocimiento -142 noticias y 153 enlaces publicados -Aumento de satisfacción con Comunicación, información y sistemas de información -123 visitas de pacientes a la web y 199 a proyectos 4.Priorizar y llevar a cabo Proyecto -62 proyectos en Procesos 5.13 PROYECTOS DESTACABLES Estratégicos -Paciente Activo www.pacienteactivo.com -Del fogón al corazón -Blog "Salud y motivación" http://saludymotivacion.blogspot.com -RAC Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes -Actualización de documentos del área de atención al cliente -Ikasbidean y sesiones clínicas en red http://fcekialde.blogspot.com -Participación de los pacientes en el "Foro de la inspiración http://www.burubelarri.net De valores -Coro Kantakidetza -Empieza el día con energía -Concurso de felicitaciones de Navidad -Exposición fotográfica en los centros -Consejo medioambiental del día.

DISCUSIÓN:

Herramienta tecnológica valiosa para generar cultura de Innovación con la participación de las personas y que utiliza su conocimiento para difundirlo y trabajar sobre sus ideas mejorando su satisfacción. La herramienta permite la adaptación a otras organizaciones y compartir su conocimiento, posibilitando el trabajo colaborativo; solo hace falta una dirección valiente y un equipo maduro para conseguirlo.

C262.- PROGRAMA GESTION DE CASOS COMPLEJOS (PGCC): EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD.

MORÁN-VALLE I, IBIRICU-BARRO A, DOBLADO-LÓPEZ O.

HOSPITAL LIGERO CAMBRILS. CAMBRILS.

OBJETIVOS:

Evaluar efectividad PGCC tras un año de puesta en marcha. Programa de seguimiento de pacientes frágiles con protocolo específico, basado en la educación al paciente y/o cuidador de la patología crónica para detección precoz de signos y síntomas de alarma, así como coordinación con otros profesionales implicados en el seguimiento del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo 1 año antes de entrar en PGCC y 1 año durante la realización del seguimiento al paciente Población estudio; pacientes incluidos en PGCC durante 2010 con datos previos estancias hospitalarias y/o visitas a urgencias hospital de referencia (HR) Datos extraídos de historia informatizada OMIAP Variables: Nº pacientes derivados para valoración Gestora de Casos (GC) Nº de pacientes incluidos en PGCC Procedencia derivación Patología Nº visitas a Urgencias antes y después de inclusión a PGCC Nº ingresos HR antes y después de inclusión a PGCC Calidad de vida y satisfacción global de pacientes con cuestionario Euroqol 5D previa y tras 6 meses de inclusión en PGCC.

RESULTADOS:

Nº pacientes derivados para valoración GC 647 Incluidos en PGCC 43 pacientes Población estudio N= 23 con criterios de inclusión Procedencia derivación: 9 (39%) Prealtas HR, 1 (4,4%) Altas HR, 6 (26%) servicio de urgencias propio Centro, 3 (13%) Médico Familia, 2 (8,8%) Atención Domiciliaria propio centro, 2 (8,8%) enfermeras enlace HR Patologías: 11 (48%) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 5 (21,4%) Insuficiencia Cardiaca (ICC)+ EPOC, 3 (13%) EPOC + otras patologías crónicas Hipertensión, Diabetes o SAHS, 2 (8,8) ICC y 2 (8,8%) Socio patologías En cuanto a la percepción de salud 17 (74%) pacientes mejoran

puntuación y 6 (26%) la mantienen igual. Previa intervención 2 (12%) estaban muy satisfechos (puntuación de 80-100), 10 (59%) satisfechos (60-79), 5 (29%) poco satisfechos (30-59) y en ningún caso muy insatisfecho (0-29). Post intervención 13 (76%) pasan a estar muy satisfechos, 4 (24%) satisfechos, ningún caso poco satisfecho ni muy insatisfecho Respecto al número ingresos 17 (74%) redujeron sus ingresos y 6 (26%) ingresaron el mismo número de veces. De las visitas a urgencias 20 casos (87%) redujeron asistencia al servicio, 2 (9%) igualaron y 1 (4%) aumentó las visitas El número de ingresos totales de los pacientes previa inclusión en PGCC fue de 34 pasando a 10 una vez incluidos y las visitas a Urgencias pasaron de 102 a 41 respectivamente.

DISCUSIÓN:

La amplia mayoría de los pacientes manifiestan estar muy satisfechos con PGCC, mejorando su percepción de salud, calidad de vida y autonomía Podemos afirmar que un buen control y seguimiento del paciente crónico mejora su Calidad de vida y el autocontrol de patología. Reduciendo las necesidades de asistencia especializada, ingresos hospitalarios y visitas a servicios de urgencias.

C263.- EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y EFICIENCIA BASADOS EN LOS ACG EN ATENCIÓN PRIMARIA.

HERRANZ-VALERA J*, MARTÍNEZ-GARCÍA JF, BARRAGÁN-PÉREZ A, SÁNCHEZ-NANCLARES G, MARÍN-LÓPEZ J, MARTÍNEZ-YELO A.

SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Se analiza la evolución de tres años (2007-2009) de realización y distribución de Informes Comparativos en Atención Primaria basados en los Adjusted Clinical Groups (ACG), realizando un benchmarking de la eficiencia de la utilización de recursos. Todo ello, con la inclusión en el Contrato de Gestión de indicadores relacionados con la calidad de los registros y el soporte de los Sistemas de Información Sanitaria basado en la historia clínica electrónica, en un identificador inequívoco del paciente y en la vinculación de la actividad asistencial al paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En la metodología aplicada se utiliza la BDU de usuarios recopilando para cada paciente, de la mejor fuente de datos, la información necesaria para el estudio imputándose los datos de actividad y consumos al paciente y reagrupando posteriormente por cupo, zona y área de salud. Se analizan en un estudio descriptivo los datos registrados de 1.448.466 pacientes adscritos a final de 2009. La metodología aplicada para el ajuste de la carga de morbilidad en atención primaria de salud es la validada por la Johns Hopskins University (ACG) agrupando los indicadores en calidad de la información, casuística, demanda y eficiencia. Se analizan también los principales EDC (Expanded Diagnostic Cluster) registrados en pacientes atendidos y el consumo de servicios por cada EDC comparado con una norma externa.

RESULTADOS:

Los principales resultados, entre otros, son el avance en la calidad de la información registrada en atención primaria, con reducción bruta de -10,6% y una mejora relativa sobre el estándar del 98,65% en pacientes atendidos sin diagnóstico vigente, de +2,3 diagnósticos registrados por

paciente, superando el estándar en un 22,9% y un aumento del peso relativo de +0,48 en términos absolutos superando al estándar en un 21%. Los índices de eficiencia en relación al estándar externo evolucionaron desde 0,99 a 1,11 en consultas, desde 1,0 a 1,11 en derivaciones y desde 1,34 a 1,14 en gestión farmacéutica. Los EDC mas frecuentemente registrados fueron Infección de tracto respiratorio superior (29,4%), Cuestiones administrativas (23,9%) y Lumbalgia (23,7%). Los tres principales EDC en que hubo mayor registro en las historias en comparación con la norma externa fueron Lumbalgias (23,7% frente a 16,8%), Artropatía (23,2% frente a 9,3%) y Trastornos dentales (17,2% frente a 10,9%). Los consumos globales de recursos analizados en los 10 principales EDC mejoraron al cabo de tres años en relación a la norma externa.

DISCUSIÓN:

Se concluye del estudio la necesidad de introducir análisis de la eficiencia en atención primaria basados en parámetros que tengan en cuenta la complejidad de la atención de los pacientes (ACG), la necesidad de la mejora de los registros base de problemas de salud de los pacientes, las posibilidades reales de mejora de los mismos y en consecuencia de mejorar las posibilidades del análisis de eficiencia en atención primaria utilizando como elemento base la complejidad de la atención a los pacientes.

C264.- CREATIVIDAD EN EL NUEVO PLAN ESTRATEGICO DEL HOSPITAL.

GALLEGO-CAMIÑA I, RABANAL-BETOLAZA S, TORO-SANCHEZ L, VILLA-VALLE R, CUEVAS-BALBAS A, MEÑICA-AZKUENAGA ME.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO.

OBJETIVOS:

El Plan Estratégico (PE) es una herramienta de gestión clave para el funcionamiento de cualquier organización. Superado el anterior plan, el Hospital tenía el objetivo de diseñar el nuevo Plan Estratégico 2010-2014. El reto era realizarlo con la participación de todos los Grupos de Interés (GI), utilizando una metodología sencilla e innovadora. Este proceso confluye en un momento donde el hospital está realizando una apuesta clara por la innovación y la creatividad, como herramientas válidas para la gestión. Dicha creatividad pretende ser participada por todas las personas e incorporada a la cultura de la organización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La metodología seleccionada combina herramientas de creatividad, como los “6 sombreros para pensar” y el “Pensamiento Lateral” de Edward de Bono, y de participación, como los “World Café”.

RESULTADOS:

El proceso se ha estructurado en tres fases; 1ª) Definición Estratégica; el Equipo Directivo focalizaba la Misión, Visión, Valores y Objetivos estratégicos; 2ª) Creatividad y participación. Tras formar a 8 personas en técnicas de creatividad, estas dinamizaron nueve talleres, cada uno asociados a los objetivos estratégicos del nuevo plan, con una duración de 4h/sesión y con una participación de de 98 personas. Se generaron un promedio de 90 ideas por taller, de las cuales las más interesantes fueron incorporadas al nuevo PE. Dicho plan fue aprobado por el Consejo de Dirección mediante un taller de creatividad. 3ª) Comunicación y participación. Se realizaron 9 sesiones de World café; 2 dirigidos a los lideres del HGU, contando con la participación del 98%, 1 dirigido a los Grupos de interés externos (proveedores, asociaciones, ayuntamientos,

Primaria, pacientes, etc.), contando con la presencia de 32 invitados externos, y 6 dirigidos al personal de base del HGU. En todo el proceso de elaboración del PE, han participado un total de 371. Respecto a la acogida del nuevo PE por parte del personal de base del HGU, la media alcanzada es de 7,65, siendo el Objetivo de "Integración con Atención Primaria" el valor más alto con un 8,19 y el mas bajo el de "Investigación y Docencia" con un 7,25.

DISCUSIÓN:

1) Ante nuevos retos, es necesario el uso de nuevas herramientas. 2) Validez de la herramienta; ampliamente aprobada por todos los participantes, que han utilizado atributos como; técnica dinámica, innovadora, integradora, participativa, productiva, integradora, etc. 3) Riqueza del resultado; tanto por las ideas y proyectos surgidos como por el valor que aporta la amplia participación de todos los GI. Se han generado aproximadamente 900 ideas en todo el proceso de planificación. 4) La apuesta por esta metodología a su vez, está permitiendo crear en el HGU una cultura de creatividad. 5) Recordar que siempre hay otro punto de vista.

C265.- INNOVACIÓN EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO QUIRÚRGICO: METODOLOGIA LEAN HELTHCARE.

MARTÍNEZ-ARCE MJ, AGUADO-JODAR A, GARCIA-BUXELO MJ, PUIGCERCÓS-FUSTE JM, MANCEBON-GODAYOL E, VILA-FONT M.

HOSPITAL DOS DE MAIG.CONSORCI SANITARI INTEGRAL. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Describir la metodología Lean implantada en el Consorci Sanitari Integral desde 2009 para la evaluación y mejora de la calidad y eficiencia de sus procesos. Es la primera organización sanitaria en nuestro país en integrar esta metodología innovadora y ha sido reconocida por instituciones de prestigio. Aplicación en el análisis del flujo de valor del proceso quirúrgico del Hospital Dos de Maig llevado a cabo en 2010 con el fin de reducir la pérdida de tiempos sin valor y los problemas que impactan en la calidad de la asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis del flujo de valor del proceso quirúrgico a través de un equipo multidisciplinar integrado por profesionales del propio proceso. -Se realizó un Mapa del flujo de valor (Value Streap Mape) para describir las fases/actividades relevantes y secuenciales del proceso quirúrgico (Fase 1), que permitiera después realizar el diagnóstico de campo (Fase2) mediante observación directa de los tiempos de valor/no valor añadido i la identificación de las causas de pérdida de eficiencia y calidad. -El análisis de los resultados (Fase 3) dio a conocer la adecuación del flujo de valor y de la estructura productiva a la demanda prevista, y permitió identificar los problemas prioritarios en este proceso, definiéndose un Plan de acción a desarrollar. -Finalmente se requiere de una fase de seguimiento directivo del Plan de acción (Fase 4).

RESULTADOS:

-Los principales problemas detectados en el flujo del proceso: a) defectos de planificación del programa quirúrgico (67.3%), b) pérdida de tiempo de valor añadido en el preoperatorio en quirófano (36%) y en UCSI (75%), c) pérdida de tiempo postoperatorio por alargamiento

estancia, c) pérdidas de valor por no calidad durante el proceso (análisis cualitativo). -Recursos estructurales adecuados a la demanda según el flujo real (Tiempo observado / Tiempo teórico), pero se ven afectados por la variabilidad de esta demanda en la programación quirúrgica. -Se han planificado 11 acciones de mejora 2010-2011 para mejorar el flujo de todo el proceso con un impacto positivo: a) incremento del 8.4% en la ocupación de quirófano con aumento del promedio de intervenciones por módulo b) incremento del 42% en la puntualidad de entrada en el quirófano c) reducción del 6,1% del tiempo postoperatorio promedio y d) resolución de algunos de los problemas detectados.

DISCUSIÓN:

-La potencia de la metodología estriba principalmente en el análisis conjunto de eficiencia y calidad del proceso, en la implicación de los profesionales en el propio diagnóstico i identificación de las mejoras, y en la observación directa para llegar a un diagnóstico real de los problemas. -Permite mejorar la eficiencia de un proceso, reduciendo los tiempos perdidos de no valor añadido, y valorar los recursos estructurales y humanos adecuándolos a la variabilidad de la demanda. -Permite mejorar la calidad del proceso identificando los principales problemas que afectan a la asistencia directa al paciente, y adecuándolo a las necesidades de éste.

C266.- ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS.

GARCÍA-CEPEDA B, MENOR-RODRÍGUEZ MJ, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, FIUZA-BARREIRO MB, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, CARRERAS-VIÑAS M.

SERGAS. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Mejorar la participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones sobre sus procesos y en el sistema de salud.

Mejorar los conocimientos y habilidades para cuidar de la salud y la enfermedad.

Mejorar la gestión de las enfermedades crónicas.

Mejorar la comunicación de los ciudadanos con las organizaciones sanitarias

MATERIAL Y MÉTODOS:

Creación de la escuela gallega de salud para ciudadanos en el año 2009.

Desarrollo de actividades de formación e información en procesos de salud.

Creación de un portal web específico para la escuela como herramienta de comunicación y difusión de las actividades de formación y relación.

Elaboración de los sistemas de comunicación con asociaciones de pacientes y ciudadanos.

Elaboración de los sistemas de demanda de actividades de formación.

RESULTADOS:

Los resultados de la actividad formativa de la escuela durante el año 2010 han sido :

Realización de 71 talleres sobre: enfermedades crónicas, cuidados para cuidadores, envejecimiento saludable, Hábitos de vida saludables, Participación Ciudadana, Consumo adecuado de Recursos, Seguridad de pacientes para pacientes etc. con un total de 1835 ciudadanos/ pacientes formados

Celebración 6 foros de expertos on line con una participación de 146 ciudadanos/expertos

Realización 14 sesiones clínicas conjuntas entre pacientes y profesionales sobre "Recomendaciones para dar la primera noticia de Sindrome de Down" con la asistencia de un total de 362 profesionales sanitarios.

Han participado más de 500 profesionales como docentes

Se han albergado en la página Web de la Escuela las Web de 33 Asociaciones de Pacientes Gallegas.

Se ha realizado la publicación de anuncios y noticias de interés de y para las asociaciones de pacientes.

DISCUSIÓN:

El porcentaje de satisfacción de los pacientes/ciudadanos con la actividad formativa desarrollada ha sido de 9 sobre 10. El promedio de la valoración del contenido de los cursos ha sido de 8,92 sobre 10. El promedio de valoración de los docentes ha sido de 9 sobre 10. La excelente acogida de las actividades de la escuela gallega de salud para ciudadanos tanto en su aspecto cualitativo como cuantitativo nos afianza en el proyecto para seguir adelante diseñando nuevas actividades adaptadas a las necesidades de nuestros pacientes/ciudadanos.

C267.- CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

ROQUETA-EGEA F, TOMÁS-VECINA S, CHANOVAS-BORRÀS MR.

PROGRAMA SEMES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

OBJETIVOS:

Los objetivos de la presente comunicación son presentar la medición del nivel de cultura de seguridad de los servicios de urgencias de los hospitales españoles, analizar sus puntos fuertes y sus puntos débiles, comparar los resultados con los obtenidos por otros estudios a nivel general hospitalario así como proponer acciones de mejora en las dimensiones detectadas como de acción prioritaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El instrumento utilizado ha sido la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). Esta encuesta fue realizada en sus respectivos servicios de urgencias por los alumnos de los cursos de instructores de SEMES realizados entre 2009 y 2010. Los tutores de los cursos recogieron todos los archivos proporcionados y elaboraron el documento global de resultados.

RESULTADOS:

Se presenta la aplicación de esta encuesta en 30 servicios de urgencias de 13 comunidades autónomas obteniendo un total de 1388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los responsables del servicio en seguridad del paciente” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas y constituyen un buen referente para priorizar aquellos aspectos susceptibles de mejora

(además de las dos mencionadas como peor valoradas, en este grupo constan la "percepción de seguridad" y el "trabajo en equipo entre unidades").

DISCUSIÓN:

Los resultados en cuanto a dimensiones mejor y peor valoradas son similares al del estudio del MSPSI con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud. No obstante destacan en nuestro estudio unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como una nota media también menor. Las acciones de mejora en cada apartado son también similares a las aportadas en el trabajo del MSPSI aunque con apreciaciones específicas para los servicios de urgencias.

AGRADECIMIENTOS

Las Sociedades Española y Murciana de Calidad Asistencial, desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes Instituciones y Empresas:

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

Gobierno de España
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

MSD

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Boehringer Ingelheim

GRÜNENTHAL

Colegio Oficial de Enfermería Región de Murcia

NOVARTIS

Pfizer

janssen
Johnson & Johnson

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

AMGEN
20 AÑOS
Amgen SA 1990-2010

Almirall
Soluciones pensando en ti

AENOR

Datix
Software for patient safety

XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

VIII CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

MURCIA
04 / 07 OCTUBRE 2011

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

LIBRO DE COMUNICACIONES POSTER /

www.calidadasistencial.es
www.somuca.es

INDICE

P001 INFLUENCIA DEL IMC EN ESCALAS FUNCIONALES Y DE CVRS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE RODILLA. **22**

P002 CONSULTA DE ENFERMERÍA Y ENCUESTAS, HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. **24**

P003 LA INFORMACION COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA. **26**

P004 ¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA?. **28**

P005 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES MÉDICOS DE CMA EN UN SERVICIO DE COT. **30**

P006 CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN ENFERMERÍA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA. GESTION EFICIENTE DE LA MEJORA CONTINÚA. **32**

P008 EL E-PACIENTE EN LA MEJORA DE LA CALIDAD MONETARIA ASISTENCIAL. **34**

P009 INDICADORES DE ACEPTABILIDAD AMBULATORIA, CONSIDERANDO LA IMPORTANCIA DE CADA ASPECTO, Y EVITANDO EL "EFECTO TECHO". **36**

P010 EVALUACIÓN DE LA REPRESENTATIVIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD EN HOSPITALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. **38**

P011 ¿COMO VALORAN LOS PROPIOS PACIENTES SUS DERECHOS?. **40**

P012 EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO. **41**

P013 IMPACTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LOS ERRORES DE MEDICACIÓN. **43**

P014 IMPACTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LOS ERRORES DEL USO DE ANTIMICROBIANOS. **45**

P015 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA. **47**

P016 SEDACIÓN PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UCI: ESCALA RASS. **49**

P017 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE COMUNICACION INTERNA DE UNA DIRECCION DE ENFERMERIA. **51**

P018 PROTESIS DE COLON: ¿MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER COLO-RECTAL?. **53**

P019 ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA OBTENER UNA ACREDITACIÓN? ESTADO BASAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÀMBIT LLEIDA. **55**

P020 DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUFRIR MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. ANÁLISIS DE MODO POTENCIAL DE FALLO. **57**

P021 MONITORIZACIÓN DE PROBLEMAS ANESTÉSICOS INTRAOPERATORIOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE RIESGOS. **59**

P022 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO FONT ROJA. ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EN 10 AÑOS?. **61**

P023 COORDINACIÓN ENTRE NIVELES PARA LA MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. **63**

P024 VALORES CRITICOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LAS VIAS DE COMUNICACIÓN. **65**

P025 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN LA SALA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL. VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA. **67**

P026 ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE LA CATEGORIA DE LOS PROFESIONALES POR LOS COLORES DE LOS BOLSILLOS DEL VESTUARIO. **69**

P027 EVALUACION DE LA PREVENCION CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE TORRE-PACHECO OESTE. **71**

P028 VALORACIÓN DE LA UTILIDAD E INDICACIONES DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN HOSPITAL GENERAL. **73**

P029 CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD:"AGUA PARA TODOS" LOS NIÑOS. **75**

P030 EVALUACION Y MEJORA DEL PROCEDIMIENTO PARA EXTRACCION DE HEMOCULTIVOS. **77**

P031 UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN. **78**

P032 APLICACION DE METODOLGIA ENFERMERA (NNN) A UN PROTOCOLO DE SALUD LABORAL. **79**

P033 CÓMO FACILITAR LA MEDICACIÓN ANTITABACO GRATIS EN UN ÁREA DE SALUD. **80**

P034 INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA GERENCIA DE ÁREA. **82**

P035 PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES: UN AÑO DESPUÉS. **84**

P036 IMPLEMENTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA: DOS AÑOS DESPUÉS. **86**

P037 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO DERECHO CONSOLIDADO DE LOS CIUDADANOS. **88**

P038 METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS. **90**

P039 RENTABILIDAD DIAGNOSTICA DE LA ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON SINTOMAS DE DISPEPSIA FUNCIONAL EN UN HOSPITAL GENERAL. **92**

P040 EVALUACION Y MEJORA DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIBÉTICO TIPO II EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRE PACHECO OESTE. **94**

P041 IMPACTO DE LA GESTIÓN UNIFICADA DE UN ÁREA DE SALUD EN LA VOZ DEL PACIENTE. **96**

P042 MEJORA EN LA RESOLUCIÓN DE TIEMPOS DE RESPUESTA A LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS MEDIANTE LA GESTION INFORMATIZADA. **98**

P043 ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES ABIERTAS EN UN ÁREA DE SALUD. **100**

P044 INICIATIVAS PREVENTIVAS FRENTE A ACTUACIONES SANITARIAS A DEMANDA. RESPECTO DEL EJERCICIO FÍSICO. **102**

P045 ANALISIS DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD FORMAL PARA LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. **104**

P046 TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN EL PROGRAMA FORMATIVO DE RCP AVANZADA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. **106**

P047 LA DIFÍCIL TRANSICIÓN DEL HOSPITAL AL DOMICILIO EN ANCIANOS FRÁGILES. **108**

P048 MEJORA DEL REGISTRO DE CAIDAS DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN FORMULARIO ELECTRÓNICO. **110**

P049 OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL RÉGIMEN DE VISITAS DE UN HOSPITAL GENERAL. **112**

P050 IMPLANTACIÓN DEL CHECK-LIST EN LA COLONOSCOPIA PARA LOGRAR UNA MEJORA EN LA CALIDAD ENDOSCÓPICA. **114**

P051 DIALOGOS CON PACIENTES: LA VISION DEL OTRO. **116**

P052 EFECTOS ADVERSOS E INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL EN 2010. **118**

P053 MEJORA CONTINUA DEL PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER DE CÉRVIX EN UN HOSPITAL REGIONAL Y ÁREA DE REFERENCIA TRAS IMPLANTACIÓN. **120**

P054 IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN, COMO CRITERIO DE CALIDAD Y SEGURIDAD, PARA LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA. **122**

P055 ¿DE VERDAD ES ÚTIL LO QUE ESTAMOS HACIENDO?. **124**

P056 NECESIDADES DE INFORMACIÓN FÁRMACO-TERAPÉUTICAS EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN. **126**

P057 GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. **128**

P058 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BRAQUITERAPIA PROSTATICA. **130**

P059 UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN INFORMATIZADA. **132**

P060 IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE MUTUALIA. **134**

P061 EXPERIENCIAS DE PACIENTES RECIBIENDO FISIOTERAPIA EN RÉGIMEN AMBULATORIO QUE AFECTAN A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL. **136**

P062 USO CORRECTO DE LOS BIOCONECTORES EN LOS ACCESOS VASCULARES: DESARROLLO DE UN CICLO DE MEJORA. **138**

P063 OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UN HOSPITAL GENERAL. **140**

P064 ¿ESTAN NUESTROS SERVICIOS ORIENTADOS A LAS NECESIDADES DE NUESTROS PACIENTES?. **142**

P065 IMPLANTACIÓN DE LA EVALUACION DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS. **144**

P066 INCIDENCIA DE EMBARAZOS POR FECUNDACION IN VITRO CON INYECCION INTRA CITOPASMATICA DE ESPERMATOZOIDES. **146**

P067 DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA ¿UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DE PACIENTE?. **147**

P068 AUTOEVALUACIÓN EFQM DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR). **149**

P069 GESTIÓN POR COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS. SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL COMO META. **151**

P070 IMPORTANCIA DE UN SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO EN LA PUERTA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL. **153**

P071 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HOJA DE VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA EN UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL H.U.V. ARRIXACA. **155**

P072 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD FORMAL DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ÁREA DE SALUD. **157**

P073 EL PROCESO CÓLICO NEFRÍTICO. **159**

P074 IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA POR UN GRUPO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS. **160**

P075 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GETIÓN CLINICA. **162**

P076 MEJORAS EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SERVICIO GALLEGO DE SALUD. **164**

P077 CUADRO DE MANDOS DE INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. **165**

P078 ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA LA CIUDADANIA FORMACIÓN ESCUELAS UNIVERSIARIAS DE ENFERMERIA. **167**

P079 IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIAS Y SOPORTE DOCUMENTAL PARA LA ACREDITACION DE UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA. **168**

P080 MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO. MEJORA DE LA ASISTENCIA EN LOS PAC'S. **170**

P081 EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN PARA LA GESTION CLINICA DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. **172**

P082 SATISFACCIÓN Y OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES CON LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA. **174**

P083 PROCEDIMIENTO DE PUNCION CAPILAR PARA CONTROL DEL TAO. **176**

P084 APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS A LAS PRESCRIPCIONES DE DOSIS UNITARIAS. **178**

P085 ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS PARA DESARROLLAR RECOMENDACIONES DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: BACK-SINASP. **180**

P086 ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS PARA IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES: FEED-SINASP. **182**

P087 IMPLANTACIÓN DE UN "PROTOCOLO PARA EL PACIENTE ALÉRGICO A MEDICAMENTOS". **184**

P088 MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS: UN PRIMER PASO HACIA LA PREVENCIÓN. **186**

P089 IMPACTO DE LA INFORMACIÓN DISGREGADA DE RESULTADOS DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA SU DIFUSIÓN Y COMPARACIÓN. **188**

P090 EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTUACIÓN DEL COMITE DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE FARMACIA. **190**

P091 LUMBALGIA EN URGENCIAS. USO DE LA RADIOLOGÍA SIMPLE **192**

P092 REDUCCIÓN EN EL NÚMERO DE RECLAMACIONES ESCRITAS POR LOS USUARIOS: ¿Y LO VERBAL?, ¿ES ORO TODO LO QUE RELUCE?. **194**

P093 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LOS PACTOS DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA VII. **196**

P094 ANÁLISIS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA. **198**

P095 MONITORIZACIÓN DE CICLO DE MEJORA SOBRE SEGURIDAD DE LOS DRENAJES TORÁCICOS. **199**

P096 CONOCIMIENTO SOBRE REACCIONES ALERGICAS CRUZADAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. **201**

P097 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ALZHEIMER EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA. **203**

P098 CALIDAD E IMPLICACIÓN DEL PERSONAL. **205**

P099 APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO "MASLACH BURNOUT INVENTARY" (M.B.I.) A UNA MUESTRA DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL DR MOLINER. **207**

P100 LA PARTIDA DE UN CAMINO SIN FINAL….ESTRENAMOS CENTRO DE SALUD Y EMPEZAMOS LA MEJORA CONTINUA. **209**

P101 ESTUDIO PILOTO DE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL. **211**

P102 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES: PLAN DE COMUNICACIÓN DEL HOSPITAL DR MOLINER. **213**

P103 IMPORTANCIA DE LA EXISTENCIA E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES. **215**

P104 PROCESO DE TRASLADO Y APERTURA DEL HOSPITAL LUCUS AUGUSTI: DECÁLOGO DE ACTIVIDADES CLAVE. **217**

P105 MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS. **219**

P106 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE CONTABILIDAD DE ESTUPEFACIENTES EN DOS UNIDADES DE UN HOSPITAL. **221**

P107 DISEÑO METODOLÓGICO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE CUIDADOS EN ÁREA OBSTÉTRICO-PEDIÁTRICA EN UNA GERENCIA UNICA. **223**

P109 GESTION DE RECLAMACIONES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA. **225**

P110 DEL MODELO EFQM A LA GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN MUTUALIA. **227**

P111 ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. **229**

P112 ESO DE LA ISO: HERRAMIENTAS PARA SU IMPLANTACIÓN EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. **231**

P113 ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN SINASP EN LA CCAA DE GALICIA. **233**

P114 ¿QUE HACEMOS DESDE LA DIRECCIÓN PARA QUE NUESTROS PROFESIONALES MEJOREN EN SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES?. **235**

P115 MEJORA EN LA EMISIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA TRAS VALORACIÓN EN PACIENTES INMOVILIZADOS. **237**

P116 PLAN DE FORMACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. **239**

P117 EVALUACION Y COMPARACION DE PRÁCTICAS SEGURAS ENFERMERAS EN DOS CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA DEL MISMO COMPLEJO. **241**

P118 UTILIDAD DEL CRIBAJE UNIVERSAL PARA DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. **243**

P119 REDISEÑO DE PROCESOS EN UN ÁREA INTERVENCIONISTA AMBULATORIA DE UROLOGÍA. **245**

P120 ENCUESTAS DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN UN PROGRAMA PRE CIRUGIA BARIATRICA. **247**

P121 SELLO DE EXCELENCIA 300+ AL SISTEMA DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA. **249**

P122 NUEVOS ROLES DE ENFERMERIA: LABORATORIOS VIVIENTES. **251**

P123 FORMACIÓN ONLINE PARA NUEVOS EVALUADORES DE LA CALIDAD SANITARIA. **253**

P124 SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL CRIBADO DEL CANCER COLORRECTAL. **255**

P125 DETERMINACIÓN DE MAPAS FUNCIONALES DE LOS EVALUADORES DE CALIDAD COMO BASE DE SU CUALIFICACIÓN. **257**

P126 BÚSQUEDA DEL PERFIL IDÓNEO DE PACIENTE PARA LA ATENCIÓN NO PRESENCIAL, EN LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL TXAGORRITXU. **259**

P127 ¿INFLUYE LA CALIDAD DE LA IMÁGEN DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN SU CAPACIDAD DIAGNÓSTICA?. **261**

P128 ESTUDIO DE COSTES: ANALISIS MOLECULAR INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA VERSUS ESTUDIO DIFERIDO EN EL CANCER DE MAMA. **263**

P129 DESARROLLO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DR MOLINER. **265**

P131 PROYECTO DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS PREVIO A CURA DE HERIDA QUIRÚRGICA. **267**

P132 EL DEBER ÉTICO DE APRENDER, SIN ESTIGMATIZAR. **269**

P133 ESTUDIO DE LAS LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. **271**

P134 CALIDAD DE LACTANCIA:BEBES,RISAS Y LECHE. **273**

P135 OCLUSIÓN INTESTINAL EN URGENCIAS. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO. **275**

P136 ESCUCHAR AL CLIENTE: SUS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES. UTILIZACIÓN DE GRUPOS FOCALES. **277**

P137 EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN. **279**

P138 CICLO DE MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA SONDA VESICAL. **280**

P139 EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. **282**

P140 ELABORACIÓN, DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA. **284**

P141 CÓDIGO DE COLORES PARA IDENTIFICAR LAS VÍAS: SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL. **286**

P142 MONITORIZACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA RETROALIMENTACIÓN EN SU DESPLIEGUE. **288**

P143 LA JORNADA TALLER "CURA EN AMBIENTE HÚMEDO" COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. **290**

P144 ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA, CAMINANDO JUNTAS POR UN FUTURO COMÚN. **292**

P145 ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN ANDALUCIA. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN. **294**

P146 EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MANEJO DE CARÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN. **296**

P147 PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PCR INTRAHOSPITALARIA EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL. **298**

P148 ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES EN NUESTRO HOSPITAL. **300**

P149 RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES SOBRE HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DEL HOSPITAL. **302**

P150 AULA DIDACTICA: UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL. **304**

P151 EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DEL Sº DE LOGÍSTICA COMO INDICADOR DE CALIDAD. **306**

P152 ANALISIS DE ERRORES DE PRESCRIPCION. **308**

P153 ANALISIS DE CONSULTAS RECIBIDAS EN EL CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS (CIM) DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO. **310**

P154 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE REGISTRO EN OMI DE LAS ESPIROMETRÍAS DE LOS C.S. DE SAN ANDRÉS, EL PALMAR Y ESPINARDO. **312**

P155 ESTRATEGIA FORMATIVA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA. **314**

P156 CALIDAD DE MEDIDA DE TRANSLUCENCIA NUCAL CON UN MÉTODO CUSUM DEL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDÍA EN LA REGIÓN DE MURCIA. **316**

P157 ESTRATEGIA DE RETROALIMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN. **318**

P158 ¿MEJORA LOS RESULTADOS CON LA IMPLANTACION DE REFERENTES DE PROCESOS?. **320**

P159 PROYECTO INNOV@2. ÁREA DE SEGURIDAD MALTRATO A PERSONAS MAYORES. **322**

P160 SISTEMAS DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS: BUSCANDO LA SATISFACCIÓN DE NUESTROS CLIENTES. **324**

P161 DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS **326**

P162 CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EN DERIVACIÓN DE RMN A CENTROS CONCERTADOS Y GASTO ASOCIADO. **328**

P163 EDUCACION PARA LA SALUD MUJER Y CLIMATERIO: UNA EXPERIENCIA EN ATENCION PRIMARIA. **330**

P164 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES DEL ÁREA 1 MURCIA-OESTE. **332**

P165 PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UNA MEDIDA CORRECTORA: METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS SUAP DEL ÁREA 1 MURCIA-OESTE. **334**

P166 VALORACIÓN DEL NIVEL DE CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE UPP EN PACIENTES ENCAMADOS, EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS. **336**

P167 EXPERIENCIA: FORMACIÓN SENSIBILIZACIÓN EN SEGURIDAD A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. IMPORTANCIA DEL CONTENIDO. **338**

P168 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL TIEMPO DE ESTANCIA DEL PACIENTE EN SALA DE ESPERA PREVIO A ECOGRAFÍA. **340**

P169 ANALISIS DEL REGISTRO DE EXTRAVASACIONES DE CITOSTÁTICOS EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO. **342**

P170 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN EN PERFUSIÓN CONTINÚA DE MEDICACIÓN FOTOSENSIBLE. **344**

P171 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO CONTRATOS ADMINISTRATIVOS UTILIZANDO SERVQUAL. **346**

P172 PROYECTO I+D+I SISTEMA ROBOTIZADO – LEAN EN ÁREA QUIRÚRGICA. **348**

P173 TRAZABILIDAD DE LAS COMPRAS. INTEGRANDO AL CLIENTE INTERNO. **350**

P174 FUENTES DE ESTRÉS Y SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. **352**

P175 ¿ESTÁ SATISFECHO EL USUARIO DE URGENCIAS CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA?: ESTUDIO DESCRIPTIVO. **354**

P176 CURSO ON-LINE SOBRE EL PROGRAMA OMI-AP PARA MÉDICOS. IMPACTO SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE ESTE PROGRAMA. **356**

P177 MEJORA EN LA RECEPCIÓN DE LOS INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL ÁREA 1 MURCIA-OESTE. **357**

P178 EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE RECOGIDA Y ENVÍO DE BIOPSIAS DESDE QUIROFANO A ANATOMÍA PATOLÓGICA. **359**

P179 ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS(SEMES). **361**

P180 IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA ASISTENCIA FARMACO TERAPEUTICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO. **363**

P181 MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EXTERNO. **365**

P182 IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GALDAKAO DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERÍA PARA LOS INGRESOS. **367**

P183 MEJORA DEL PROCESO ANALÍTICO DEL PREOPERATORIO. **369**

P184 CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN QUE NO RESPONDE A UNA ENCUESTA POSTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. **371**

P185 EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE CONTROL DE TEMPERATURAS EN ALMACENES DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. **373**

P186 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DEL PERSONAL. **375**

P187 ELABORACIÓN, DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EN LAS CLÍNICAS DEL IMQ. **377**

P188 ORGANIZACIÓN Y MEJORAS DE CALIDAD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y DE GESTION DE LAS URGENCIAS DE LAS CLINICAS IMQ. **379**

P189 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA RECOGIDA DE ORINA DE 24 HORAS EN UN LABORATORIO DE ÁREA. **381**

P190 DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA. **383**

P191 ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LA INDICACIÓN DE SONDAJE VESICAL EN LOS HOSPITALES?. **385**

P192 RRHH EN FHC. PONIENDO EL FOCO EN LAS PERSONAS. **387**

P193 SATISFACCION: ESCRITA VERSUS ORAL. **389**

P194 CONTRASTE DE CAPACIDADES SEGÚN UNE-CWA 15896 GESTIÓN DE COMPRAS DE VALOR AÑADIDO. **390**

P195 ISO 27001-GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO: LA EXPERIENCIA DE LA FHC. **392**

P196 ESTUDIO DE NIVEL DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE EN NIÑOS DE 13 Y 14 AÑOS. **394**

P197 CAPTACION DE NIÑAS NO VACUNADAS DE VPH NACIDAS EN 1996 EN UN CENTRO DE SALUD. **396**

P198 EL CAPITAL SOCIAL Y LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN LAS ORGANIZACIONES QUE IMPULSAN LA CALIDAD SANITARIA. **398**

P199 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE RECEPCIÓN Y ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE QUIRÚRGICO. **400**

P200 CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN ENFERMERO DE INFORMACIÓN AL USUARIO, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. **402**

P201 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y TOMA DE DECISIONES. **404**

P202 EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO. **406**

P203 ENDOSCOPIA: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES QUE SE REALIZAN ESTA TÉCNICA. **408**

P204 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PÓLIPOS GÁSTRICOS. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO. **410**

P205 EXPERIENCIA FORMATIVA INTERNA COMO MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO. **412**

P206 VALORACIÓN DEL PUNTO DE CORTE EN UN CRIBADO DE CÁNCER DE COLON. **414**

P207 NO CONFORMIDADES INTERNAS DETECTADAS EN UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA. **416**

P208 ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LAS INTER CONSULTAS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE A. P. **418**

P209 UNA EXPERIENCIA DE COMPROMISO COLECTIVO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. **420**

P210 MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS. **422**

P211 DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: "EXPLORANDO NUEVAS ESTRATEGIAS". **424**

P212 APRENDIZAJE COMPARTIDO: INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD EN ENTORNOS VIRTUALES COLABORATIVOS. **426**

P213 IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO METODO DE DETERMINACIÓN DE TROPONINA: PROCESO DEL CAMBIO. **428**

P214 DISEÑO Y MONITORIZACIÓN DE CUADROS DE MANDO: SECRETARÍA TÉCNICA DE LA UNIDAD DE CALIDAD COMO ESLABÓN CLAVE. H. BASURTO. **430**

P215 LA FORMACIÓN EN CALIDAD Y MEDIOAMBIENTE COMO REFUERZO INDISPENSABLE PARA EL SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL. **432**

P216 CUMPLIMENTACION DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRURGICO (LVQ). EVALUACION DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGIA Y ANESTESIA. **434**

P217 FORMACIÓN CONTINUADA: DETECCION DE AREAS DE MEJORA EN CALIDAD Y MEDIOAMBIENTE A TRAVES DE ENCUESTAS. **436**

P218 MODELO FUENLABRADA. DE LA NADA A LA EXCELENCIA. **438**

P219 ADHESIÓN A LA HIGIENE DE MANOS DE LOS PROFESIONALES. **440**

P220 GESTION DE LAS NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS: ELABORACIÓN DE PROTOCOLO Y DISEÑO DE BASE DE DATOS. **442**

P221 EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE VÍAS VENOSAS EN URGENCIAS. **444**

P222 EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL. **445**

P223 ESTUDIO DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER ENTRE LOS AÑOS 2006-2010. **447**

P224 RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE INFORMACIÓN Y SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA. **449**

P225 MEJORA DE LA HERRAMIENTA QUE EVALUA LOS CRITERIOS DE CALIDAD BÁSICOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP). **450**

P226 VIGILANDO LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES. LA IMPORTANCIA DE LA PRIORIDAD. **452**

P227 ESTABLECIMIENTO DE PACTOS GESTIÓN EN UNIDADES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIAS. **454**

P228 ELABORACION DEL MAPA DE PROCESO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES DE UN AREA DE SALUD. **456**

P229 HEMOCULTIVOS Y HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE UN PROTOCOLO DETERMINA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. **458**

P230 ANÁLISIS DE CAUSA-RAÍZ SEGÚN DIAGRAMA DE ISHIKAWA TRAS DETERMINACIÓN DE PREVALENCIA DE UPP MEDIANTE AUDITORIA INTERNA. **460**

P232 INTEGRACIÓN DEL PACIENTE EN SU PROCESO ASISTENCIAL (INEPA) Y REDES SOCIALES. **462**

P233 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA ¿COMO MEJORAMOS?. **464**

P234 LA GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN, VALORACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. **466**

P235 CHECK-LIST QUIRÚRGICO ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS? RESULTADOS Y NUEVOS OBJETIVOS. **468**

P236 MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, MEJORANDO LA HIGIENE DE MANOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. **470**

P237 CÓMO CONVERTIR LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN UNA HERRAMIENTA ÚTIL DE GESTIÓN. **472**

P238 ÁCIDO TRANEXÁMICO EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA, EN UN HOSPITAL COMARCAL: SEGURIDAD CLÍNICA, EFICIENCIA Y ÉTICA. **474**

P239 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS DE MEDICACIÓN DESDE UN GRUPO DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO. **476**

P240 EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO SOBRE METODOLOGIA ENFERMERA. **478**

P241 MEJORA DEL CONOCIMIENTO Y ACCESO AL ÁREA DE ENFERMERÍA DE LA INTRANET DE UN HOSPITAL DE ÁREA. **479**

P242 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. LOS PROFESIONALES SANITARIOS OPINAN. **484**

P243 INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS ENFERMEROS EN HOSPITALIZACIÓN: PLAN DE ACOGIDA E INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS. **483**

P244 URGENCIAS PEDIÁTRICAS: UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ESTRUCTURADO PERMITE ATENDER LA EXCESIVA DEMANDA ASISTENCIAL. **485**

P245 ¡SÍ SE PUEDE! PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA UNIDAD DE APOYO DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP). **487**

P246 ACCESO DIRECTO DESDE LA HC CON EL SISTEMA INFORMÁTICO FLORENCE AL PROTOCOLO CLÍNICO DESARROLLADO POR EL SERVICIO. **489**

P247 EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DEL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN SISTEMAS AUTOMÁTICOS Y TRADICIONALES. **491**

P248 PLAN MARCO POLO: LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA HECHA REALIDAD EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. **493**

P249 AUTOMATIZACIÓN DE LA RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA, EN POS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. **495**

P250 HERMES: EL MENSAJERO QUE AVISA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA EXISTENCIA DE PETICIONES DE TIPO URGENTE A LABORATORIO. **497**

P251 ACREDITACION INACEPS EN 3 CENTROS DE PRIMARIA. **499**

P252 BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DOLOR. **501**

P253 COMPARACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA. **503**

P254 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA POBLACIÓN ADULTA EN EL DEPARTAMENTO TORREVIEJA. **505**

P255 COMPARACION DE ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUADA EN RELACION A SU MODALIDAD DE APRENDIZAJE. **507**

P256 ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE APOYO AL PROCESO ASISTENCIAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD **508**

P257 MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CARROS DE PARADA TRAS IMPLANTAR UN NUEVO PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO **510**

P258 INDICADORES DE CALIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA INTRAVENOSA (INCATIV) EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. **512**

P259 IDENTIFICANDO OPOTUNIDADES DE MEJORA A TRAVÉS DE LA CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL DE ENFERMERÍA. **514**

P260 INDICADORES DE GESTIÓN DE CALIDAD: IMPLEMENTACIÓN PLANES DE CUIDADOS INFORMATIZADOS EN EL DEPARTAMENTO TORREVIEJA. **516**

P261 PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO: RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA **518**

P262 ESCUELA DE LA ESPALDA: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SATISFACCIÓN TRAS PROGRAMA DE REEDUCACIÓN FUNCIONAL. **520**

P263 PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL "PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR AGUDO". **522**

P264 DISEÑO DE UN PROTOCOLO: PIEL CON PIEL, EL PRIMER CONTACTO. **524**

P265 TGN PARA IDENTIFICAR PRIORIDADES EN LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEPARTAMENTO TORREVIEJA:DESARROLLO DE HISTORIA CLÍNICA. **526**

P266 PUNTOS FUERTES Y ACCIONES DE MEJORA A PARTIR DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CLIMA LABORAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA. **528**

P267 REPERCUSIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA UNIDAD DE T.S. DEL C.S. DE LA ÑORA. **530**

P268 URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: SATISFACCIÓN DEL ESPECIALISTA EN FORMACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA(MFYC) **532**

P269 OIDO COCINA. RESULTADOS DE LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO DE NUTRICIÓN. **534**

P270 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO PREQUIRÚRGICO INFANTIL EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA. **536**

P271 IMPORTANCIA EN LA APLICACIÓN DE LA GUÍA EUROPEA COMO SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ADENOMAS EN EL PROGRAMA DE CCR. **538**

P272 LA FORMACIÓN ANTITABACO EN LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES. **540**

P273 PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DOCENTE DE MFYC. **542**

P274 HAMARREKOS INFORMACIÓN EN RED: UN TRABAJO DE ABAJO ARRIBA. **542**

P275 DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN: CONSOLIDACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN CLÍNICA. SECTOR ZARAGOZA2. **546**

P276 IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD EN UN CENTRO HOSPITALARIO. **548**

P277 LOS GRÁFICOS DE CONTROL COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS. **550**

P278 PACIENTES MÉDICOS VS PACIENTES QUIRÚRGICOS: ¿NECESIDAD DE AJUSTAR EL SEGUIMIENTO DEL DOLOR?. **552**

P279 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN ÁREA CON LA CREACIÓN DE UN PORTAL DEL EMPLEADO. **554**

P280 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA. **556**

P281 TRASLADO DE UN HOSPITAL: ANÁLISIS DE SU IMPACTO EN RECLAMACIONES Y QUEJAS. **558**

P282 IMPACTO MEDIOAMBIENTAL DEL PORTAL DEL EMPLEADO EN UN ÁREA DE SALUD. **560**

P283 ¿MEJORA LA APLICACIÓN DEL HAPPY-AUDIT EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS?. **562**

P284 LA FORMACIÓN EN ANTIBIÓTICOTERAPIA, GRAN HERRAMIENTA APLICABLE EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDA. **564**

P285 EVALUACIÓN CONTINUA Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN UNA VÍA CLÍNICA DE RTU PRÓSTATICA. **566**

P286 GESTIÓN DEL PROCESO DE ASISTENCIA FARMACOTERAPEUTICA EN EL PACIENTE HOSPITALARIO SEGÚN EL MODELO EFQM. **568**

P287 ANÁLISIS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ARAGÓN. **570**

P288 IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA(GFT). **572**

P289 PROCOLOS CLAROS Y ACCESIBLES. UNA HERRAMIENTA QUE FACILITA EL TRABAJO DE LA UAU (UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO). **574**

P290 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA. **576**

P291 COMPETENCIA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS PROFESIONALES ACREDITADOS DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE ANDALUCÍA. **578**

P292 PROMOCIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ON-LINE COMO ESTRATEGIA ENCAMINADA A REDUCIR EL NÚMERO DE LLAMADAS QUE RECIBE EL CENTRO. **580**

P293 DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TRATADO EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO. **582**

P294 PERFIL DE SALUD EN POBLACIÓN MAYOR DE 54 AÑOS CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE LA REGIÓN DE MURCIA. **584**

P295 MEDICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO: INDICADORES DE CUIDADOS EN EL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO. **586**

P296 IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN SANA DE LA REGIÓN DE MURCIA. **588**

P297 CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS CON RESPECTO A GUIAS SEMES DE ACTUACION EN ACV EN HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE. **590**

P298 PRIMEROS RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DECLARACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD. **592**

P299 PLAN DE MEJORA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE UNA LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL DEL SERMAS. **594**

P300 TRAZABILIDAD EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA MEJORA CONTINUA TRAS LA ISO9001. **596**

P301 IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL AMPLIADA EN LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS. **598**

P302 ¿QUÉ PASA SI NO APLICAMOS UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CUANDO TRANSFUNDIMOS?. **600**

P303 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UN HOSPITAL GENERAL. **602**

P304 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL DISEÑO FUNCIONAL DE UN NUEVO HOSPITAL GENERAL DE 328 CAMAS. **604**

P305 DESPLIEGUE ORGANIZATIVO DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA SEGURIDAD DE PACIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL INTEGRADA. **606**

P306 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS (EC) EN UN HOSPITAL GENERAL (HG). **608**

P307 HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN RESPUESTA A NECESIDADES DEL REGISTRO ADECUADO DE ASISTENCIA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL. **610**

P308 GARANTÍA DE SEGURIDAD CON UN SERVICIO DE NUEVO DISEÑO EN EL ÁREA DE PARTOS. **612**

P309 CONTAMINACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN LA UCI. NECESIDAD DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA ENFERMERÍA. **614**

P310 SAIP: MEJORANDO LA ATENCIÓN AL PACIENTE. **616**

P311 MEJORA DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL PACIENTE EN SU INGRESO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION. **618**

P312 BUENAS PRÁCTICAS Y SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN. **620**

P313 SANITAT24: SOLICITA CITA EN ATENCIÓN PRIMARIA, LAS 24 HORAS DEL DÍA Y DESDE DÓNDE QUIERAS. **622**

P314 VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA DEL CAMBIO A SOLUCIONES DILUIDAS DE POTASIO INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL DE NIVEL II. **624**

P315 TIEMPO EN CONSULTA Y SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN. **626**

P316 IMPLICACIÓN ACTIVA DE LOS ADMINISTRATIVOS SANITARIOS DE UN EAP EN EL PROCESO ASISTENCIAL. **628**

P317 PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE DIETAS COMO ACCION DE MEJORA ENCAMINADO AL AHORRO EN EL HOSPITAL DE MOLINA. **630**

P318 FORMACIÓN CONTINUADA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD. SESIONES DE ENFERMERÍA. **632**

P319 ¿QUE DEBO HACER DESPUES DEL ALTA HOSPITALARIA? RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO. **634**

P320 TRATAMIENTO DEL DOLOR TRAUMATOLÓGICO. UNA ASIGNATURA PENDIENTE. **636**

P321 VALORACIÓN DE INCIDENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. **638**

P322 NUCLEO DE CALIDAD: COMISION DE COMISIONES. **640**

P323 MEJORA MULTIDISCIPLINAR EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN UNA DIRECCION ASISTENCIAL. PAPEL DE LAS ENFERMERAS. **642**

P324 REPERCUSIÓN EN LOS TRASLADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON LA INTRODUCCIÓN DE UN ETI E INFORMES RADIOLÓGICOS A DISTANCIA. **644**

P325 IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO “AZAHAR” PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. **646**

P326 IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACION DEL DOLOR AGUDO. **648**

P327 BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ESTADO ACTUAL. **650**

P328 PLAN DE MEJORA EN INDICACIONES, CONTROL Y GESTIÓN DE LOS AISLAMIENTOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. **652**

P329 CUADRO DE MANDOS DE INDICADORES CRÍTICOS: HERRAMIENTA DE APOYO A LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN SENCILLA Y EFICAZ. **654**

P330 CICLO DE MEJORA DE LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO URGENCIAS. **656**

P331 GASTROPROTECCIÓN FRENTE A AINES EN URGENCIAS: UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD. **658**

P332 PROGRAMA DE CONTROL DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIFÚNGICOS DE USO RESTRINGIDO HOSPITALARIO. **660**

P333 ESTUDIO DE INDICADORES QUIRURGICOS (SEGURIDAD EN BLOQUE QUIRÚRGICO: INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES). **662**

P334 GESTION POR PROCESOS: ELABORACION DE LA INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL. **664**

P335 MONITORIZACIÓN DE LA TRASCRIPCIÓN DE ÓRDENES MÉDICAS DE QUIMIOTERAPIA POR PARTE DEL RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA. **666**

P336 REPERCUSIÓN DE LA TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN DEL TIEMPO Y EL AMBIENTE LABORAL. **668**

P337 OPTIMIZACIÓN DE LAS PETICIONES DE ANALÍTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO. **670**

P338 EVALUACION Y MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL: "INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA DEL PACIENTE”. **672**

P339 TALLERES DE ACTUALIZACIÓN PARA MEJORAR INTERRELACIONES ENTRE SERVICIOS DE URGENCIA DE HOSPITAL Y DE ATENCION PRIMARIA. **674**

P340 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN 4 RESIDENTES DE MATRONA DE UN MISMO PARITORIO. **676**

P341 CALIDAD PERCIBIDA POR LAS PUÉRPERAS EN LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL.COMPARACIÓN 2002-2010. **678**

P342 ¿QUÉ RECORDAMOS DE LOS SUCESOS ADVERSOS VIVIDOS? ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DE UN TALLER DE NOTIFICACIÓN. **680**

P343 CÓMO IMPLICAR A TODOS LOS PROFESIONALES EN LA OBTENCIÓN DEL SELLO DE CALIDAD EFQM 400+ **682**

AGRADECIMIENTOS **684**

P001.– INFLUENCIA DEL IMC EN ESCALAS FUNCIONALES Y DE CVRS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE RODILLA.

LEÓN-MUÑOZ V, JULIÁ-VILLA ME.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

El objetivo primario del trabajo ha sido determinar si existe relación entre el IMC y las puntuaciones de escalas de CVRS (SF-12 y COOP-WONCA) y la puntuación de la Knee Society Score (KSS), en pacientes afectos de gonartrosis y en pacientes portadores de ATR.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo en el que se han analizado un total de 460 rodillas en 341 pacientes (119 con afectación bilateral) con la escala KSS. Por diagnóstico: 56,5% de las rodillas artrósicas, 37,6% portadoras de ATR y 5,9% portadoras de rescate de ATR. Se han analizado los datos de un total de 197 pacientes con el cuestionario SF-12 y 155 pacientes con las viñetas de COOP-WONCA. Tratamiento mediante el paquete estadístico SPSS v.15 para Windows.

RESULTADOS:

IMC en los casos de gonartrosis: 32,24 ± 5,1 Kg/m2. IMC de las ATR: 32,68 ± 4,99 Kg/m2. IMC en los rescates de ATR: 32,62 ± 5,39 Kg/m2. IMC en mujeres: 33,08 ± 5,27 Kg/m2. IMC en hombres: 30,77 ± 4,11 Kg/m2. Puntuación KSS (0 a 200) de las rodillas artrósicas: 115,24 ± 37,2 (KSA 57,76 ± 20,84 y KS F 57,48 ± 22,25). Puntuación KSS de las ATR: 168,49 ± 27,54 (KSA 88,92 ± 12,02 y KS F 79,57 ± 19,99). Puntuación KSS de los rescates de ATR: 153,26 ± 27,45 (KSA 82,7 ± 14,12 y KS F 70,56 ± 19,18). Ausencia de diferencia significativa entre los IMC de los diferentes grupos diagnósticos y diferencia significativa (0,000) entre sexos, siendo el IMC mayor en mujeres. Mejor puntuación en KSS significativa (0,000) de las ATR respecto a las rodillas artrósicas y respecto a los rescates (0,008). También mejor puntuación en KSS significativa (0,000) de los rescates respecto a las rodillas artrósicas. Existe una correlación negativa significativa al nivel 0,01 entre el IMC y las

puntuaciones de KSS en las rodillas artrósicas. Análisis de la serie SF-12 : IMC: 32,42 ± 5,12 Kg/m2. Función física: 27,66 ± 28,73. Rol físico: 41,75 ± 27,29. Dolor corporal: 41,5 ± 31,25. Salud general: 36,95 ± 24,46. Vitalidad: 43,27 ± 31,88. Función social: 59,9 ± 30,78. Rol emocional: 61,68 ± 28,55. Salud mental: 54,89 ± 23,6. Análisis de la serie COOP-WONCA: IMC: 32,46 ± 5,12 Kg/m2. Puntuación CW: 27,45 ± 7,04. La correlación negativa (Tau b de Kendall y Rho de Spearman) entre el IMC y las diferentes dimensiones de salud de SF-12 no ha sido significativa. Tampoco la correlación negativa de Pearson ha sido significativa al contrastar IMC y puntuaciones de COOP-WONCA.

DISCUSIÓN:

Atendiendo a los resultados, no podemos afirmar que el incremento del IMC influya negativamente en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes estudiados. No obstante, en el análisis de las escalas funcionales, hemos demostrado que la obesidad influye negativamente en las puntuaciones obtenidas al aplicar los criterios de la KSS, si bien en las rodillas protetizadas, en nuestra serie, esta influencia se limita a los parámetros indicativos de la función de la rodilla, no afectando a aquellos que reflejan el dolor, el balance articular, la estabilidad y la alineación.

P002.– CONSULTA DE ENFERMERÍA Y ENCUESTAS, HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

ILLANA-RODRÍGUEZ N, GARCÍA-PAYA F, GARCÍA-JIMÉNEZ C, HELLÍN-MONASTERIO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria y un componente fundamental de la gestión de calidad. Por esta razón, la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la ARRIXACA se ha propuesto incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes con la participación del personal de Enfermería. Realizar una revisión bibliográfica y evaluar los cuestionarios relacionados con la percepción de seguridad del paciente. Validar, adaptar e implantar uno de estos cuestionarios existentes. Conocer, gracias a la evaluación de los resultados, la percepción del paciente en cuanto a la seguridad de la asistencia sanitaria recibida durante el período de tratamiento en el Servicio de Oncología Radioterápica (Unidad Piloto).

MATERIAL Y MÉTODOS:

En primer lugar, miembros de la Subdirección de Enfermería de Servicios Centrales realizaron una revisión bibliográfica relacionada con la seguridad del paciente, para conocer las evidencias disponibles en esta materia. En una segunda fase llevaron a cabo la validación y adaptación del cuestionario propuesto por el Proyecto SENECA del Plan Nacional de Calidad, relacionado con la Seguridad Percibida por el paciente. En la tercera fase se eligió una Unidad donde llevar a cabo el pilotaje, eligiéndose el Servicio de Oncología Radioterapica del HUVA. La cuarta fase, en desarrollo, es aquella en la cual el cuestionario (compuesto por 21 ítems) se proporciona (en la última revisión realizada en la Consulta de Enfermería) a todos los pacientes que han finalizado su tratamiento, mayores de 18 años, capaces de entender y responder a los cuestionarios (a criterio de la enfermera) descartándose aquellos pacientes con dificultades de comprensión lectora, entre los meses de enero y junio del

año 20101. La enfermera que proporciona las encuestas tiene la indicación de explicar a los usuarios la característica de la encuesta de ser anónima y confidencial. Para evitar sesgo, el encuestador evita la interpretación de las preguntas.

RESULTADOS:

Una vez que todas las encuestas se realicen se verificará que los ítems estén contestados. Se elaborará una plantilla en el programa Excel donde se capturará cada cuestionario, pregunta por pregunta. Posteriormente, se llevará a cabo el análisis estadístico de los resultados, lo que nos permitirá detectar oportunidades de mejora.

DISCUSIÓN:

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios y nos permiten, a su vez, identificar áreas en las que mejorar la atención.

P003.– LA INFORMACION COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA.

ILLANA-RODRÍGUEZ N, GARCÍA-JIMENEZ C, GARCÍA-PAYÁ F, HELLÍN-MONASTERIO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Llevar a cabo la normalización de folletos de recomendaciones a pacientes con cáncer de mama. Conseguir una mejora de la calidad de la información que reciben las pacientes (información clara y completa sobre su enfermedad, los tratamientos y los autocuidados que deben aplicarse). Favorecer la accesibilidad a la información.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el año 2010 la Dirección de Enfermería del HUVA, y dentro del contexto del Modelo EFQM de Calidad Asistencial (concretamente su ORIENTACIÓN HACIA EL CLIENTE) desarrolló 7 folletos de recomendaciones a pacientes con cáncer de mama: CIRUGÍA DE LA MAMA LINFEDEMA RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON TRASPLANTE DE MÚSCULO DORSAL ANCHO RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO TRAM TUMORECTOMÍA MASTECTOMIA EJERCICIOS TRAS CIRUGÍA DE MAMA. La finalidad de estos folletos es ser distribuidas en la Consulta de Enfermería de la Unidad de mama como complemento a la educación sanitaria proporcionado por los profesionales de dicha Unidad.

RESULTADOS:

La implementación de estos folletos se esta llevando a cabo a lo largo del año 2011. La enfermera titular de la Consulta de Enfermería de la Unidad de mama entrega al paciente estos documentos informativos tras haber llevado a cabo la educación sanitaria pertinente.

DISCUSIÓN:

Tener cáncer es una situación estresante que pone a prueba la capacidad de adaptación de la persona. Con la creación y divulgación de estos folletos pretendemos que la información proporcionada contribuya al proceso terapéutico y a la

mejora de la calidad de vida de las pacientes (La LEY DE AUTONOMIA DEL PACIENTE en su artículo 4 recoge que "Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad").

P004.– ¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA LA CIRUGÍA PROTÉSICA DE RODILLA?.

LEÓN-MUÑOZ V, SÁNCHEZ-GUERRERO MJ.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

El objetivo del trabajo ha consistido en evaluar mediante las viñetas COOP/WONCA si existen diferencias en términos de CVRS entre pacientes afectos de gonartrosis y pacientes portadores de prótesis de rodilla (ATR).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño observacional transversal. Han cumplimentado el cuestionario 163 pacientes (76,7% mujeres y 23,3% hombres) con una edad media de 68,56 ± 8,5 años, un índice de masa corporal (IMC) medio de 32,83 ± 5, 01 Kg/m2 y un seguimiento medio de 38,01 ± 27,19 meses (6 a 120 meses) en los 91 casos de pacientes portadores de implante de rodilla. El número de comorbilidades de cada paciente se ha obtenido según los criterios de Elixhauser. Excluyendo la obesidad, por tratarse el IMC de otra variable a estudiar, se ha obtenido un valor medio de 1,74 ± 1,15 comorbilidades. Dada la normalidad de las variables a estudio, se han empleado pruebas paramétricas para el análisis (t para muestras independientes, ANOVA de un factor y correlación de Pearson).

RESULTADOS:

El IMC ha sido significativamente mayor en mujeres (33,53 ± 5,18 Kg/m2) que en hombres (30,52 ± 3,59 Kg/m2) (p 0,000). También la edad ha sido significativamente mayor en mujeres (69,91 ± 7,93 años) que en hombres (64,13 ± 8,94 años) (p 0,000). No hemos obtenido diferencias significativas en la puntuación global de COOP/WONCA entre sexos (mujeres 28,16 ± 6,74 puntos y hombres 26,08 ± 7,02 puntos). Al analizar la puntuación de COOP/WONCA en función de los diferentes grupos diagnósticos, hemos obtenido diferencias significativas en los pacientes portadores de ATR respecto al resto de grupos. Destaca una puntuación media de 22,07 ± 7,2 puntos en los pacientes a los que se les ha implantado en un solo tiempo prótesis de rodilla de forma bilateral (grupo con mejor calidad de vida).

No ha existido diferencia cuando el portador de ATR unilateral presentaba gonartrosis contralateral que se incluía en LEQ. Estos pacientes han presentado las peores puntuaciones (31,25 ± 8,14 puntos) junto a los no portadores de implante e incluidos en LEQ para ATR uni o bilateral (32,56 ± 4,41). Hemos obtenido una diferencia significativa al nivel 0,05 entre los pacientes afectos de gonartrosis que hemos considerado no tributarios de tratamiento quirúrgico (27,69 ± 5,28) y los que hemos incluido en LEQ para ATR (32,56 ± 4,41). Hemos obtenido una correlación positiva significativa al nivel 0,01 entre el número de comorbilidades y la puntuación de COOP/WONCA.

DISCUSIÓN:

Atendiendo a los resultados, se puede afirmar que han expresado mejor calidad de vida los pacientes portadores de ATR respecto a los afectos de gonartrosis, por lo que la intervención consigue el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. Los pacientes incluidos en LEQ presentan peor calidad de vida que los afectos de gonartrosis que hemos considerado tributarios de tratamientos conservadores, por lo que la indicación quirúrgica ha coincidido con los casos que han expresado peor calidad de vida.

P005.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES MÉDICOS DE CMA EN UN SERVICIO DE COT.

LEÓN-MUÑOZ V, LÓPEZ-LÓPEZ M.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

El objetivo del trabajo ha sido la aplicación de un ciclo completo de evaluación y mejora al detectarse baja calidad en los Informes Médicos elaborados para los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en nuestro Servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

No existe marco legislativo específico para los informes de pacientes intervenidos en régimen de CMA, pero en la elección de los criterios se ha tenido en cuenta la Orden de 6 septiembre 1984. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221/1984 [pág. 26685]. RCL 1984225, que es la norma vigente para los Informes Médicos de Hospitalización. Descripción de criterios centrados en la dimensión de calidad científico-técnica (criterios explícitos, transversales, isovalentes y específicos): C1 información administrativa, C2 motivo de alta, C3 antecedentes y alergias, C4 diagnóstico y tratamiento, C5 recomendaciones terapéuticas, C6 seguimiento, C7 filiación del firmante, C8 siglas/abreviaturas y C9 legibilidad gramatical. Los criterios, la fuente de datos, el tamaño de la muestra (60 informes en formato adecuado) y el método de muestreo (aleatorio simple sin reemplazo) han sido idénticos para ambas evaluaciones. El marco muestral para la primera evaluación han sido informes de junio a noviembre del 2009 y para la segunda del primer trimestre de 2010. Tras la primera evaluación se han aplicado las siguientes medidas correctoras: correo electrónico a los miembros del Servicio informando del proyecto y haciéndoles partícipes de los cambios, correo electrónico al responsable del Servicio de Admisiones informando del proyecto y haciéndole partícipe de las mejoras en la introducción de datos en la BBDD, modificaciones de la herramienta electrónica de gestión de la información y formación del Servicio en Sesión Clínica.

RESULTADOS:

Han mejorado de forma estadísticamente significativa (valor de significación estadística: $p \leq 0,05$) los criterios principales relativos a información administrativa, diagnóstico y tratamiento, recomendaciones terapéuticas y siglas/abreviaturas y los sub-criterios relativos a antecedentes patológicos, ausencia o presencia de alergias, tratamiento principal y tratamiento secundario. Como indicador formal de calidad se ha establecido (nº de documentos de informe de alta de CMA con formato adecuado/nº total de informes de alta emitidos a pacientes de CMA) x 100. En la primera evaluación se constató un 50% de adecuación y en la segunda un 80,7%.

DISCUSIÓN:

A pesar de la mejora obtenida, los documentos de Informe Médico elaborados para los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria siguen presentando baja calidad, por lo que son tributarios de nuevos ciclos de evaluación y mejora de la calidad y de la revisión de las medidas correctoras a aplicar.

P006.– CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN ENFERMERÍA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA. GESTION EFICIENTE DE LA MEJORA CONTINÚA.

MUSITU-PÉREZ MV, SANJUAN-PORTUGAL FJ, CASTIELLA-HERRERO J, PEÑALVA-SEGURA PJ.

FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA. LA RIOJA.

OBJETIVOS:

Lograr la excelencia en la calidad a través de la monitorización e interrelación de aquellos indicadores clave de las distintas perspectivas: económico-financiera, procesos, clientes y profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La visión de la Dirección de Enfermería de la FHC ha sido la de aplicar un modelo de Gestión innovadora, efectiva, eficiente, equitativa, centrada en el paciente y segura para los mismos. Con esta visión se valoró la necesidad de gestionar un CMI específico de enfermería de las diferentes unidades de enfermería con aquellos indicadores de calidad, que alineados con la propia estrategia y objetivos de la Dirección y con el contrato programa firmado con la Consejería de Salud de La Rioja sirviera para medir el resultado de dichos objetivos estratégicos según la orientación y criterios de EFQM. Cada Coordinador de enfermería definió sus Indicadores clave como ítems necesarios para formar parte del CMI de enfermería, gestionado desde el aplicativo ORACLE. Algunos de estos indicadores de calidad que ya forman parte del CMI son: Úpps, fugas, caídas, errores asociados a medicación, informes de enfermería,objetivos cumplidos al alta, caídas, etc. Para la gestión de dichos indicadores se diseñaron formularios de comunicación de los mismos que una vez validados se colgaron e integraron dentro de la Historia Clínica Digital (SELENE).Se formó al 100% del personal de enfermería.Cada mes se vuelcan los datos de dichos formularios en el CMI y el Coordinador de Enfermería los evalúa dentro de los límites que se establecieron, reevaluándolos y gestionando acciones de mejora

indispensables para la consecución de dichos objetivos y su alineación con la estrategia de la Dirección.

RESULTADOS:

Ha servido para mejora la visión y perspectiva de los cuidados enfermeros, siendo todos los profesionales parte implicada desde el momento en que se realizan sesiones informativas de los resultados obtenidos de forma bimensual.También se cuenta con la opinión y sugerencias de pacientes a través de encuestas de satisfacción externas.Gracias al análisis de estos datos(resultados de encuestas satisfacción pacientes y lo que los propios profesionales y equipos de trabajo hemos valorado) hemos sido capaces de implementar acciones de mejora eficientemente (controlando el gasto sanitario y desviándolo hacia aquellos indicadores de calidad que mejoran la satisfacción de los pacientes).Calidad y seguridad es el gran desafío actual de los sistemas de salud junto con el incremento de costes.

DISCUSIÓN:

El CMI fomenta que las medidas financieras y no financieras de la organización debe ser una parte importante del sistema de información y comunicación para los profesionales en todos los niveles de la organización, traduciendo la misión y la estrategia de la unidad de negocio a objetivos y a medidas tangibles. Implementar y definir un CMI, es el primer requisito para encontrar el camino de la excelencia. ”La inversión eficientemente gestionada en salud logra la mayor rentabilidad en bienestar”.

P008.– EL E-PACIENTE EN LA MEJORA DE LA CALIDAD MONETARIA ASISTENCIAL.

PIÑANA-LÓPEZ A, ALONSO-GARCÍA C., CANOVAS-INGLÉS A, LUQUIN-MARTÍNEZ R, WU- NY, PIÑANA-LÓPEZ JA.

C.S VIRGEN DE LA CARIDAD. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Ofrecer a los ciudadanos la posibilidad de "utilizar las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)" para contactar con profesionales sanitarios de sus Centros de Salud y,"Utilizar las TIC" en la Relación Médico-Paciente para favorecer el intercambio de Buenas Prácticas, la Mejora de Procesos y la Optimización de Recursos con el consiguiente ahorro cuantificado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha contratado un dominio que fuese fácil de recordar www.salud-e.es (la idea es que la página fuese dirigida especialmente a los ciudadanos de nuestra Zona Básica de Salud). Para alojar la página a un servidor, usando un programa cliente FTP, y tras identificarnos con nombre de usuario, contraseña y nombre del Host subimos a la web. Se han configurado los datos del correo individualizado del sitio salud-e.es para cada facultativo. El paciente accede a la página y desde allí al listado de médicos. Selecciona su médico y accede al formulario de consulta. Después de analizar y valorar el contenido de la mensajería electrónica, se responde desde otro formulario que está alojado en otra dirección: www.salud-e.es/HTML/contestación.html. Así para salvaguardar el anonimato de la respuesta.Se contabilizó el número de correos durante los 6 primeros meses de actividad. Se asume que el valor del correo sea el 70% del valor de un día del salario mínimo interprofesional (15 euros).

RESULTADOS:

Durante los 6 primeros meses de actividad de 2010(feb-agos.) contabilizamos 582 correos, dando un media de 97 correos, suponiendo que cada correo evita un desplazamiento al cento de salud, cuantificando con un valor medio de 15 euros obtenemos un valor de 1455 euros al mes de ahorro.

DISCUSIÓN:

Con nuestra web estamos ahorrando al menos unos 1500 euros al total de nuestos paciente cantidad que en tiempos de crisis es para tener en consideración.Las nuevas tecnológias de la información y de la comunicación ya está en nuestra vida diaría por lo que es simple su utilización para aplicarla a nuestros pacientes sabiendo que repercute de manera eficaz en ellos y el medio ambiente.

P009.– INDICADORES DE ACEPTABILIDAD AMBULATORIA, CONSIDERANDO LA IMPORTANCIA DE CADA ASPECTO, Y EVITANDO EL "EFECTO TECHO".

VÁZQUEZ-PEÑA FR, MARRACINO CM, NAVARRO-DE SOUZA S.

HOSPITAL ITALIANO. BUENOS AIRES.

OBJETIVOS:

Diseñar y validar indicadores de aceptabilidad ambulatoria para el monitoreo de la gestión de establecimientos, que incorporen la importancia que las poblaciones le dan a cada aspecto, y eviten el "efecto techo".

MATERIAL Y MÉTODOS:

Como primer paso seleccionamos el cuestionario base. Escogimos el validado en la Tesis de Magíster (U.B.A.) de Fernando Vázquez. En una segunda etapa, se seleccionaron los aspectos e ítems más importantes, utilizando metodología matemática y opinión de expertos, validándose como indicadores en 2007. Posteriormente, la etapa de aplicación del monitoreo, que continua actualmente. CARACTERISTICAS DEL CUESTIONARIO Y LA ENCUESTA. Evalúa 6 aspectos: Médico de cabecera, Especialistas, Enfermería, Trato del personal, Instalaciones, y Turnos. Contiene 15 ítems: 2 por aspecto considerado (utilizándose escala de Likert de 1 a 5; mayor número, mayor aceptabilidad), y tres demográficos (edad, sexo y estudios). Los encuestados, seleccionados al azar, son mujeres de similar edad y estudios, ya que estas variables inciden sobre la aceptabilidad. DEFINICIONES DE INDICADORES. Indicadores de baja aceptabilidad por aspecto (6 indicadores): Representa el porcentaje de respuestas 1, 2 y 3, del total de respuestas de cada aspecto. Indicadores de la Importancia que le da la población del establecimiento a cada aspecto (6 indicadores): Significa el porcentaje de "variabilidad explicada" por cada dominio, cuando se realiza Análisis de Factores. Utilizamos metodología matemática dado que según la bibliografía es más apropiada para determinar la Importancia que cada población otorga a cada aspecto. Indicadores de baja aceptabilidad ponderada por la importancia, para cada aspecto (6 indicadores): Es el producto de la baja aceptabilidad por la importancia de cada

aspecto. Indicador de baja aceptabilidad global ponderada: Resulta de sumar los 6 indicadores previos. Valores de referencia: Se considera la mediana de cada grupo de indicadores, de los establecimientos monitoreados.

RESULTADOS:

Validamos 19 indicadores, que aplicamos en el monitoreo del PICAM (Programa de Indicadores, de la Sociedad Argentina de Calidad). Al respecto de la sensibilidad, se superó la limitación del "efecto techo", que se presenta actualmente en los cuestionarios mas usados en el mundo. Con relación a la Especificidad, el hecho de ajustar por la Importancia de cada aspecto, Edad, Sexo y Educación, conduce a evitar factores de confusión. Al respecto de la relevancia y la precisión, se contrastan trimestralmente los resultados con la realidad de cada centro, y es posible discernir los motivos de las variaciones.

DISCUSIÓN:

Se validó un set de indicadores de aceptabilidad ambulatoria, que incorpora la importancia de cada aspecto para cada población, permitiendo identificar prioridades. Se ha resuelto el problema del "efecto techo", que históricamente limitó la eficacia de los cuestionarios en el ámbito de la atención sanitaria, cuestionando el beneficio de monitorear la aceptabilidad de los usuarios.

P010.– EVALUACIÓN DE LA REPRESENTATIVIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD EN HOSPITALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

VÁZQUEZ-PEÑA FR, MARRACINO CM.

HOSPITAL ITALIANO. BUENOS AIRES.

OBJETIVOS:

Revelar y precisar la representatividad de indicadores de calidad obtenidos por establecimientos asistenciales de la República Argentina y confirmar las conclusiones primarias con el rigor metodológico de un grupo Delphi independiente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los indicadores fueron seleccionados por un grupo de expertos, e incluidos por el Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2003, dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad. El PICAM (programa de indicadores de la Sociedad Argentina de Calidad) los utiliza desde entonces en un monitoreo mensual para los 18 hospitales asociados. Sobre esto, se ensambla este estudio, conceptual/cuantitativo, que a partir de un grupo de expertos y de una adecuada búsqueda bibliográfica internacional, completado con un estudio estadístico (análisis de factores, regresiones, y otros métodos), retrospectivo de la base de datos del PICAM, procuró definir la Representatividad de indicadores, confirmando las conclusiones preliminares a través de un Grupo Delphi independiente.

RESULTADOS:

Se definen 4 dominios/factores con sus indicadores respectivos que se detallan a continuación: 1) Gestión Asistencial: comprendido por los indicadores ecografías por 1000 consultas, porcentaje de cesáreas, y porcentaje de HC sin epicrisis a las 72 hs. del alta. 2) Seguridad General del Paciente: con los indicadores % de consultas de guardia y tasa de accidentes laborales. 3) Gestión Operativa: con los indicadores % de completabilidad y promedio de días de estada. 4) Resultado Clínico: con el indicador Reingresos hospitalarios. Por último, indicadores que miden servicios específicos, como los tres de mortalidad neonatal (según los pesos) y el indicador “razón mortalidad UTI/Apache” de

terapia intensiva. No incluimos en el análisis estadístico definitivo indicadores que cualitativamente ofrecen dudas sobre su seguridad, ó sobre el aspecto de la atención o del proceso hospitalario que miden. Ellos son el de prácticas de laboratorio por consulta, y el de porcentaje de cirugías suspendidas/postergadas, respectivamente. También se determinó, desde lo conceptual y lo estadístico, la necesidad de continuar impulsando proyectos para trabajar con indicadores por patología. Se formularon finalmente 10 conclusiones, que tuvieron un 88,27 % de acuerdo global para un Grupo Delphi independiente.

DISCUSIÓN:

Como principal aporte, este estudio comienza un camino, en nuestro país, hacia la correcta interpretación de lo que representan indicadores hospitalarios generales. Hemos hallado una coherencia entre lo conceptual, surgido de la búsqueda bibliográfica y el análisis de expertos, con los resultados del análisis estadístico de la base de datos del PICAM, a pesar de contar con limitaciones como no efectuar ajustes por patología. Utilizamos una metodología novedosa en lo relacionado a indicadores, como el análisis de factores, que permite agruparlos en factores ó dominios desde la perspectiva estadística, y de esta manera permite una mayor certeza en las conclusiones.

P011.– ¿COMO VALORAN LOS PROPIOS PACIENTES SUS DERECHOS?.

PEREÑÍGUEZ-BARRANCO JE, MEDINA-ABELLÁN MD, GONZÁLVEZ-ALBERT A, GUILLAMÓN-TORRANO J, GÓMEZ-LIARTE ÁB, MUÑOZ-ARRANZ C.

CS.S. VISTABELLA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Analizar la valoración que realizan los pacientes murcianos de sus propios derechos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una encuesta autoaplicada entre 149 pacientes elegidos al azar de una consulta de Atención Primaria de un centro de salud urbano de la Región de Murcia. El 50,34% eran varones, con una edad comprendida entre 20 y 40 años el 20,81%; 69,80% estaba casado y tenían estudios primarios el 51,68% de los encuestados. El estudio es descriptivo, observacional y transversal. Se aplica el análisis univariante o de distribución simple de frecuencias.

RESULTADOS:

Entre los derechos más valorados se encuentran el derecho a una asistencia sanitaria técnicamente completa (79,87%), el derecho a ser informado sobre la importancia y características del proceso (72,48%), el derecho a conservar sus relaciones familiares y de amistad durante la estancia hospitalaria (79,19%) y el derecho a decidir libremente sobre la aceptación de tratamiento (81,21%). Destaca como derecho al que se le concede mayor importancia, en un 85,91%, el derecho a la asistencia adecuada en el plano humano. Los pacientes valoran menos el derecho a preservar su intimidad, el 16,77% le dan poca o ninguna importancia; el derecho a la libre elección de médico, al que sólo un 55,70% de ellos considera que es un derecho bastante o muy importante y, al 8,05% de los encuestados, no le da ninguna importancia al derecho a acceder a su historia clínica.

DISCUSIÓN:

El derecho más valorado por nuestros pacientes es el relacionado con la asistencia en el plano humano y el que menos, el derecho a la libre elección de médico.

P012.– EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO.

MOLEÓN-RUÍZ M, ROMÁN-MÁRQUEZ E, SIERRA-GARCÍA F.

HOSPTIAL LA INMACULADA. HUERCAL OVERA.

OBJETIVOS:

Evaluar los diferentes procesos que se engloban en el protocolo de elaboración y dispensación del colirio de suero autólogo y proponer acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo del protocolo en todos los colirios elaborados en 2010. El protocolo comienza en consulta externa de Oftalmología donde se extrae sangre al paciente que, posteriormente, se envía a Hematología para su centrifugación. El suero obtenido es remitido a Farmacia para la elaboración del colirio en campana de flujo laminar (CFL) mediante la dilución al 20% con suero fisiológico. A continuación se envía una muestra del colirio elaborado al laboratorio de Microbiología para cultivar en agar sangre como control de calidad. Todo el proceso se realiza en un mismo día. Tras 48 horas Microbiología emite un informe con los resultados obtenidos; si el cultivo es negativo (ausencia de microorganismos) se dispensan los colirios al paciente; si el resultado es positivo se vuelve a cultivar la muestra, y si de nuevo se vuelve a obtener resultado positivo se desechan los colirios y si es negativo finalmente se dispensan. Los datos que se analizan son: número de pacientes, dispensaciones realizadas, muestras enviadas a analizar, muestras contaminadas y tiempo de demora en informar por parte de Microbiología. Para la obtención de datos se usaron las prescripciones médicas, el programa de Formulación Magistral Paracelso® y de laboratorio Intralab®.

RESULTADOS:

Se realizaron 33 dispensaciones, a 19 pacientes (1,74 dispensaciones/paciente). Se envió a Microbiología 1 muestra por cada dispensación, en total 33 muestras; de las cuales 3 (9.1%) dieron resultado positivo por contaminación; que tras reanalizarlas fueron negativas. El

tiempo medio en informar por Microbiología fue de 6.4 días (1- 16).

DISCUSIÓN:

Los controles microbiológicos realizados tras la elaboración de los colirios en CFL nos dan información sobre las condiciones de elaboración y nos permiten asegurar la asepsia del producto dispensado al paciente. Durante el período de estudio se pudieron dispensar todos los colirios elaborados. Sin embargo tenemos que disminuir el tiempo que tarda Microbiología en informar los resultados para así disminuir el tiempo transcurrido hasta la dispensación al paciente.

P013.– IMPACTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LOS ERRORES DE MEDICACIÓN.

MENÉNDEZ-FRAGA MD, RANCAÑO-RODRÍGUEZ I, ALONSO-FERNÁNDEZ J, CORTE-GARCÍA JJ, HERRANZ-GONZÁLEZ V, VÁZQUEZ-VALDÉS F.

HOSPITAL MONTE NARANCO. OVIEDO.

OBJETIVOS:

Hipótesis: La historia clínica electrónica (HCE) disminuye los errores de medicación (EM) y su severidad. Objetivos: Describir la epidemiología de los EM y evaluar el impacto de la HCE sobre el tipo y la severidad de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Herramientas de análisis: a) Sistemas de notificación de EM (notificación voluntaria IR2, Global Trigger Tool, CMBD, Rondas), b) Epidemiología de los EM (Fase del error, severidad por NCC-MERP, turno, tipo de incidente, causa del error, factores contribuyentes, grupo de medicamento y vía de administración), c) Indicador: Índice global de errores de medicación por 10.000 dosis dispensadas (IGEM), d) HCE (SELENE; Siemens). Cronograma (6 años): EM en el período 2004-2009 (en el 2007 implantación de la HCE). Ciclo de PDCA. Liderazgo, análisis y priorización de EM. Acciones de mejora implantadas: Implantación de la HCE, guías de uso, estudios observacionales (EMOPEM), mejora de los circuitos de medicación, control de la medicación de alto riesgo, introducción de parches informáticos, recursos materiales (HCE, dispensador). Análisis del indicador. Difusión del proyecto (C. de Dirección, C. de supervisión, al personal mediante Rondas).

RESULTADOS:

Se produjeron 1553 EM (0,7 por paciente y mes) y fueron los incidentes y/o eventos adversos más frecuentes (29,3%). La fase más frecuente fue la dispensación (43,2%), 44 (2,8%) en las categorías E-I (serios), turno de mañana (76,5%), tipo de incidente: la omisión de dosis y/o medicamento (OD) (41,5%) (15 E-I), causa del error: factores humanos (57,6%), factores contribuyentes: el personal (25,8%) y por el IR2: equipo de trabajo (28,2%). Los grupos de medicamentos implicados más frecuentes fueron: antihistamínicos (IGEM: 17,5), antimicrobianos

(IGEM: 15,3) (7 E-I) e hipolipemiantes (IGEM: 13,9). La vía de administración: oral (51,4%) y EV (21,6%). El riesgo de error por dosis incorrecta disminuyó 10,53 veces con la HCE ($p<0,01$) y hubo una reducción de 11 veces en el riesgo de la prescripción de antimicrobianos ($p<0,01$). En general hubo un aumento en 2 veces de EM por alta de paciente (de 5,1% al 10,5%) pero la severidad de los EM (E a I) disminuyó en 5 veces (del 0,5% al 0,1%).

DISCUSIÓN:

Lecciones aprendidas: a) Los EM son los EA más frecuentemente detectados, b) Hay un aumento de los EM con la implantación de la HCE por lo que es necesario un seguimiento de la misma a nivel local, c) La severidad desciende en general y para algunos grupos de medicamentos en particular. Fortalezas: Disponer de datos antes, durante y después de la implantación de la HCE. Debilidades: La infranotificación de los EM mediante la notificación voluntaria. Mensaje para otros: Se debe realizar un seguimiento de los EM y la HCE.

P014.– IMPACTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LOS ERRORES DEL USO DE ANTIMICROBIANOS.

MENÉNDEZ-FRAGA MD, ALONSO-FERNÁNDEZ J, RANCAÑO-RODRÍGUEZ I, CORTE-GARCÍA JJ, RODRÍGUEZ-ÁLVAREZ FJ, VÁZQUEZ-VALDÉS F.

HOSPITAL MONTE NARANCO. OVIEDO.

OBJETIVOS:

Hipótesis: La historia clínica electrónica (HCE) disminuye los errores de medicación (EM) y su severidad. Objetivos: Describir la epidemiología de los EM y evaluar el impacto de la HCE sobre el tipo y la severidad de los mismos en relación a los antimicrobianos (EMA).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Herramientas de análisis: a) Sistemas de notificación de EM (notificación voluntaria IR2, Global Trigger Tool, CMBD, Rondas), b) Epidemiología de los EM (Fase del error, severidad por NCC-MERP, turno, tipo de incidente, causa del error, factores contribuyentes, grupo de medicamento y vía de administración), c) Indicador: Índice global de errores de medicación por 10.000 dosis dispensadas (IGEM), d) HCE (SELENE; Siemens). Cronograma (6 años): EM en el período 2004-2009 (en el 2007 implantación de la HCE). Ciclo de PDCA. Liderazgo, análisis y priorización de EM. Acciones de mejora implantadas: Implantación de la HCE, guías de uso, estudios observacionales (EMOPEM), mejora de los circuitos de medicación, control de la medicación de alto riesgo, introducción de parches informáticos, recursos materiales (HCE, dispensador). Análisis del indicador. Difusión del proyecto (C. de Dirección, C. de supervisión, al personal mediante Rondas).

RESULTADOS:

Se produjeron 1553 EM (0,7 por paciente y mes) y fueron los incidentes y/o eventos adversos más frecuentes (29,3%). Del total 335 fueron EMA (21,6%). Para los EMA: la fase más frecuente fue la dispensación (45,4%), 10 (3%) en las categorías E-I (serios), turno de mañana (81,2%), tipo de incidente: la omisión de dosis y/o medicamento (OD) (33,7%), causa del error: factores humanos (27,8%), factores contribuyentes: el personal (25,8%) y por el IR2:

equipo de trabajo (32,2%). El IGEM de antimicrobianos fue 15,3. La vía de administración: oral (36,5%) y EV (59,9%). Los errores por alta de pacientes aumentaron 0,62 veces y la severidad disminuyó 0,1 veces. Otras variables con significación estadística fueron: A) Aumento de 9,8 veces para vía administración erronea, 8 para comunicación escrita, 2,1 equipos de trabajo, 4,6 para ambiente de trabajo, 1,7 vía oral y 1,5 vía endovenosa.

DISCUSIÓN:

Lecciones aprendidas: a) Los EM son los EA más frecuentemente detectados, b) Hay un ligero aumento de los EMA con la implantación de la HCE por lo que es necesario un seguimiento de la misma a nivel local, c) La severidad desciende ligeramente y para algunos grupos de medicamentos en particular como EMUA. Fortalezas: Disponer de datos antes, durante y después de la implantación de la HCE. Debilidades: La infranotificación de los EM mediante la notificación voluntaria. Mensaje para otros: Se debe realizar un seguimiento de los EMA y la HCE.

P015.– IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA.

FULQUET-NICOLÁS MF, RAMÍREZ DE ARELLANO-SERNA MR, POU-POTAU MP, ESTEVE-SIMO VE, RUÍZ-CORTINAS RR, SALAS AS.

HOSPITAL DE TERRASSA. TERRASSA.

OBJETIVOS:

Describir la experiencia de la implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) en la Unidad de Hemodiálisis Hospitalaria. (UHD) según la Norma ISO 9001:2008.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Unidad de hemodiálisis hospitalaria con una actividad de sesiones de hemodiálisis (HD): atención a pacientes ambulatorios (9.300 HD/año) e ingresados (700 HD/año). Implantación de indicadores clínicos desde el año 2001. Inicio de la implantación del SGC en Junio del 2009. Describimos: los resultados de los indicadores generados por el SGC y de las Auditorias (externa e interna practicadas) y las acciones de mejora generadas.

RESULTADOS:

Se unificó toda la documentación interna, con una buena trazabilidad y un sistema de difusión al alcance de toda la Unidad. Se actualizó y controló toda la documentación externa. El resultado de indicadores generados por el SGC dio lugar a una mayor implicación de los responsables de los procesos de soporte y también a acciones de mejora, especialmente en relación con la atención y opinión de los pacientes. Las desviaciones detectadas en las Auditorias dieron lugar a revisiones/actualizaciones de la documentación, nuevos indicadores e implicó generar/modificar documentos de otros servicios o generales del Hospital. La implicación y colaboración de todos los elementos (personal UHD, Dirección de Calidad, Servicios de soporte y clientes) que integran el SGC fue excelente. El seguimiento de indicadores clínicos no tuvo cambios en sus resultados .

DISCUSIÓN:

El SGC detecta deficiencias y ayuda a plantear acciones de mejora y su seguimiento. Es una herramienta básica para armonizar las metodologías de trabajo, incorporar las opiniones del cliente y mejorar la comunicación tanto interna como externa, incrementando la relación con otros servicios con los que se interactúa consiguiendo su implicación (procesos de soporte).

P016.– SEDACIÓN PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UCI: ESCALA RASS.

MARTÍN-RAMOS MI, VEGA-VÁZQUEZ FJ, ROBLES-CARRIÓN J, PACHÓN-MARÍA E, ORTIZ-POLÁN M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIEGEN MACARENA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Aumentar la cultura de seguridad en cuidados y buenas prácticas al paciente crítico. Reducir tiempo de ventilación mecánica y complicaciones asociadas. Mantener un nivel óptimo de seguridad y confort con el mínimo de medicación posible. Impedir deterioro físico ligado a la inmovilidad prolongada,así como la desestructuración del sueño. Controlar la aparición y mantenimiento del delirio. Manejar y evitar el dolor. Reducir la estancia en UCI y el gasto socio-económico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos más importantes, así como evidencia científica actualizada. Estudio descriptivo – observacional donde se recoge la monitorización del nivel de sedación, de los pacientes ingresados en UCI. Dada la amplia variabilidad individual, de los niveles plasmáticos conseguidos con la sedación, que se administran al paciente crítico, necesitado de ventilación mecánica invasiva, hace que no sea posible establecer una relación fija entre la dosis administrada y el nivel de sedación obtenido, por lo que es necesario un método objetivo con un instrumento validado como es la escala RASS, que permita una valoración individualizada de cada paciente, hasta conseguir los objetivos y el nivel de sedación deseado.

RESULTADOS:

Instauración y puesta en marcha de una Escala validada tanto en pacientes conectados o no, a ventilación Mecánica. Principales atributos: - Consta de de 10 puntos. - Los valores positivos indican agitación. - Los valores negativos son usados para valorar la sedación. - La escala ofrece información tanto en la fase agitada como en la sedación. - Uso de BIS para la sedación profunda. - El paciente estará en un nivel de sedación en el que se comunique con el equipo multidisciplinar y sus familiares. - Algoritmos

adaptados según necesidad/tipo de sedación: Sedación corta, sedación larga, sedación difícil. - Valoración/monitorización del dolor. - Uso rutinario de analgésicos. Todo permite un excelente manejo del confort del paciente crítico que nos permiten conseguir los objetivos planteados.

DISCUSIÓN:

Una sedación inadecuada, tanto por defecto como por exceso conlleva efectos adversos sobre los pacientes críticos, produciendo un aumento de la morbi-mortalidad, mayor estancia en la UCI y un mayor consumo de recursos humanos y materiales. La monitorización de la sedación, aumenta la seguridad del paciente, evitando la sedación excesiva. Permite la DIS (discontinuidad intermitente de la sedación). Por lo tanto, se evita el uso de relajantes musculares .Se optimiza el manejo del dolor. Se realiza un diagnóstico precoz y profilaxis de los síndromes de abstinencia y una movilización temprana del paciente crítico. Con todo ello disminuye la estancia en UCI, días de intubación, infecciones y complicaciones asociadas a ella con la consecuente disminución del coste sanitario-económico y aumento de la calidad en la UCI. Con la monitorización de la sedación, identificamos problemas y situaciones de mejoras. La escala RASS, es un indicador de calidad, valido, sensible y específico.

P017.– DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE COMUNICACION INTERNA DE UNA DIRECCION DE ENFERMERIA.

RODRÍGUEZ-DÍEZ M, GARCÍA-RODRÍGUEZ M, FREILE-GARCÍA S, FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ MA, LARA-SANCHEZ H, SUTIL-SARMIENTO A.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO. LEON.

OBJETIVOS:

Objetivos Generales: Implantar un modelo de información interna integral e integrada a inicios de 2011. Objetivos específicos: Pilotar la implantación del nuevo Plan de Comunicación Interna (PCI) Generar un Modelo de organización de la información así como los procedimientos para sistematizar su gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Personas / Colectivos implicados: 140 Profesionales de enfermeria Plan de trabajo Cronograma, fases, distribución de tareas. Fases: 1-Presentación a Dirección de Enfermería del Enfoque del Plan EFQM. 2-Constitución del equipo de proyecto segmentado por colectivos 3-Jornada de arranque con el equipo EFQM 4-Jornadas: Comunicación y Información Internas al personal de Enfermería. 5-Jornadas de Formación (PCI) del equipo directivo (Nivel iniciación). 6-Evaluación de la (PCI) actual en la Dirección de Enfermería 7-Informe de áreas de mejora en base al diagnóstico previo. 8-Clasificación de Informaciones tipo por áreas de gestión/mejora 9-Presentación del informe de pre-modelo de (PCI) a Dirección de Enfermería. 10-Validación del mismo (=Modelo). 11-Difusión interna del mismo. 12-Implantación interna. 13-Evaluación externa de la implantación. Tareas internas: Equipo de Enfermería (Fases 2, 9,10,11). Tareas externas: Asistencia técnica (Fases 1, 3, 4, 5, 7, 8, 13). Tareas mixtas: Ambas (Fases 6,12).

RESULTADOS:

Acciones que se teterminaron: 1. Crear y mantener lista de distribución de correo electrónico. 2. Presentación personal del proyecto y sus documentos principales. 3. Establecer puntos de acceso a red para los que no tienen acceso. 5. Intercambio de la experiencia con otros Hospitales. 6. Abrir cuentas de correo electrónico a toda la plantilla. 7. Elaborar

lista distribución de correo electrónico. 8. Implantación del correo como herramienta de comunicación entre los profesionales miembros de los grupos de trabajo. 9. Comunicar noticias-anécdotas relacionadas con el Plan de Comunicación. 10. Fomentar la participación en la Revista del Hospital. 11. Dar formato electrónico a documentos para su distribución por red. 12. Reuniones concretas para aclarar dudas e informar sobre la evaluación del PCI. 13. Entrega presencial de nuevas herramientas de trabajo y comunicación. 14. Crear y mantener bases de datos para registrar mejoras, difusión y diario de sesiones para evidenciar el trabajo de los grupos. 15. Buzón quejas/sugerencias. 16. Publicitar los objetivos del Plan Anual de Gestión. 17. Cursos de formación necesarios para la utilización de TICS.

DISCUSIÓN:

La comunicación se considera un recurso de vital importancia para el funcionamiento de la Dirección de Enfermería y de la Institución en general La gestión de este recurso debe tener como objetivo básico, cubrir las necesidades de comunicación de los distintos profesionales de la Dirección dde Enfermería y de su entorno más inmediato. Este Plan mejora de eficientemente el Plan de Calidad en que está inmersa la Dirección de Enfermería.

P018.– PROTESIS DE COLON: ¿MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER COLO-RECTAL?.

CARRIÓN-GARCÍA F, MARTÍNEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, NAVARRO-GARCÍA I, BAÑOS-MADRID R, MORÁN-SÁNCHEZ S.

COMPLEJO UNIVERSITARIO SANTA MARIA ROSELL. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

El cáncer colorrectal es la segunda neoplasia más frecuente en los países occidentales con incidencia de 35-50 casos/100.000 habitantes. En un 15% de los casos su forma de presentación es como un cuadro obstructivo agudo. La cirugía urgente de la obstrucción colónica presenta una elevada morbimortalidad al realizarse en pacientes críticos y precisar cirugía en dos tiempos. Las prótesis metálicas autoexpandibles permiten resolver la situación aguda y realizar una cirugía electiva. En casos no aptos para la cirugía la prótesis sirve como tratamiento paliativo definitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo, revisando los pacientes con obstrucción colónica aguda a los que se le han colocado una prótesis de colon entre mayo 2007 y febrero 2011 en el Hospital Universitario Santa María del Rosell de Cartagena, con el objetivo de describir nuestra experiencia. Se han utilizado prótesis metálicas autoexpandibles no recubiertas de la marca Boston Scientific de 6,9 y 12 cm.

RESULTADOS:

En este período se colocaron un total de 32 prótesis a 27 pacientes. Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre 47 y 94 años (edad media de 72 años). El 55% de los pacientes se intervino de forma programada posteriormente a la colocación de la prótesis, siendo el tiempo medio transcurrido desde su colocación hasta la cirugía programada de 16 días. La localización más habitual de la prótesis ha sido en recto en el 40% de los pacientes y en 12 pacientes (45%) supuso un tratamiento definitivo paliativo eficaz. Se define éxito clínico como la colocación de la prótesis que resuelve la obstrucción en una sóla intervención. Aquellas situaciones (30%) en las que se

registró una complicación (reobstrucción, migración,...) se resolvieron con la colocación de una nueva prótesis no acabando ninguno de los pacientes en cirugía urgente. Se observaron 10 pacientes con complicaciones clínico-técnicas que corresponde al 37% donde el 3,7% fue debida a perforación, el 18,5% a migración, un 11% a obstrucción y el 3,7% hemorragia, en el total de las prótesis colocadas tanto como tratamiento previo a cirugía como a paliativo.

DISCUSIÓN:

Las prótesis colorrectales son efectivas como puente a la cirugía y también son un método eficaz como tratamiento paliativo definitivo en aquellos pacientes inoperables, mejorando la calidad de vida de aquellos pacientes que de otro modo tendrían como alternativa la colostomía.

P019.– ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA OBTENER UNA ACREDITACIÓN? ESTADO BASAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÀMBIT LLEIDA.

SUÁREZ-MAGAÑA E, ARAN-SOLÉ A, MARTÍN-GRACIA E, ESTANY-ALMIRALL P, SERNA-ARNAIZ C.

ÀMBIT LLEIDA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. LLEIDA.

OBJETIVOS:

Principal: Evaluar el grado de calidad organizativa de los 22 Equipos de atención primaria (EAP) que conforman el Ámbito de Lleida del Institut Català de la Salut (ICS) Secundario: Identificar los puntos fuertes y áreas de mejora de los 22 EAP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Presentación, a los equipos directivos de los 22 EAP, del cuestionario de evaluación creado por el ICS; compuesto por 100 estándares clasificados y basados en los nueve criterios del modelo EFQM y en el modelo propio de Acreditación del Departament de Salut 2. Autoevaluación realizada por los equipos directivos entre el segundo semestre de 2010 y el primer semestre de 2011 3. Revisión de las autoevaluaciones entre los equipos directivos de los EAP, las direcciones territoriales y el responsable terriotorial de calidad 4.Análisi de resultados.

RESULTADOS:

(Presentamos los resultados obtenidos en 13 de los 22 centros totales, puesto que el proceso de revisión termina el 30 de junio. En julio dispondremos de los resultados finales) El 77% de los centros ha obtenido una puntuación total de cumplimiento comprendida entre el 51 y el 75%. Siendo, el valor medio de todo el territorio, el 56,2%. Los puntos fuertes de nuestros equipos los comprenden los criterios 4 (Alianzas y recursos), 5 (Procesos), 6 (Resultados en la ciudadanía) y 9 (Resultados en los procesos clave) obteniendo una puntuación media superior al 66%. Los puntos débiles, con puntuación media inferior al 50%, son los contemplados en los criterios 1 (Liderazgo), 2 (Política y estrategia), 7 (Resultados en las personas) y 8 (resultados en la sociedad).

DISCUSIÓN:

El hecho de que un considerable número de estándares no se cumplan sólo por el hecho de carecer de evidencia escrita y de que nuestros equipos se encuentren en un nivel de cumplimiento superior al 50% esperanza, anima y en definitiva motiva a afrontar el proceso de Acreditación que iniciará el Departament de Salut en 2012. Aunque conscientes del largo camino aún por recorrer los resultados y la experiencia llevada a cabo indican que gran parte de nuestros profesionales apuestan por la mejora y la calidad.

P020.– DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUFRIR MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. ANÁLISIS DE MODO POTENCIAL DE FALLO.

SUÁREZ-MAGAÑA E, SERNA-ARNAIZ C, ESPEJO-SUROS M, MINGOT-LLUÍS M.

ATENCIÓN PRIMARIA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. ÁMBITO. LLEIDA.

OBJETIVOS:

Aumentar la seguridad del paciente frente a la práctica de la mutilación genital femenina (MGF).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras la detección en una Unidad de atención al viajero de un posible caso de MGF: 1. Establecimiento de criterios para la detección de gravedad de la práctica de la MGF 2. Análisis sobre la prevención de la MGF mediante la técnica DAFO. 3. Planificación y priorización en materia de prevención de errores mediante un análisis modal de fallos y efectos (AMFE). 4. Revisión del entonces actual protocolo de prevención de MGF 5. Elaboración de un nuevo protocolo de prevención de MGF 6. Realización de un análisis causa-raíz sobre los potenciales errores del nuevo protocolo.

RESULTADOS:

Revisión y mejora del protocolo de abordaje y prevención de la MGF en el ámbito sanitario para aumentar las garantías en materia de seguridad física, psicológica y clínica de las mujeres y niñas africanas procedentes de países donde se practica esta tradición. El protocolo existente no contemplaba la Unidad de atención al viajero como detector de posibles casos dentro del equipo multidisciplinar que participaba en la prevención de la MGF. La oportunidad que supone la inclusión del Centro de vacunaciones internacionales pensamos, era clave.

DISCUSIÓN:

En el año 2007 se elaboró un primer protocolo de actuación del personal sanitario ante sospecha de prácticas de MGF. En el año 2008 se realizó una actualización de este documento y actualmente, frente a la potencialidad de las nuevas actividades clínicas asistenciales surgidas, como por ejemplo Viajes internacionales, se ha hecho necesario una tercera modificación. La cultura de una organización

respecto la seguridad del paciente favorece la participación de todas las unidades en la mejora continua y la prevención de enfermedades o efectos adversos que pueden llegar a ser graves e irreparables.

P021.– MONITORIZACIÓN DE PROBLEMAS ANESTÉSICOS INTRAOPERATORIOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE RIESGOS.

LÓPEZ-SORIANO F, LAJARIN-BARQUERO B, RÍVAS-LÓPEZ F, BERNAL-PEÑALVER L.

HOSPITAL DEL NOROESTE DE MURCIA. CARAVACA.

OBJETIVOS:

Proponemos asociar la recogida sistemática de problemas anestésicos intraoperatorios a la metodología de monitorización de la calidad, mediante gráficos estadísticos de control, como herramienta para la gestión de riesgos de la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Situación basal: Estudio prospectivo de recogida sistemática de problemas anestésicos intraoperatorios, clasificada en 22 posibles problemas, con 4 grados de severidad de sus resultados, y clasificados por edad, sexo, grado ASA, Tipo de Cirugía, y Tipo de Anestesia. Medición semestral de una muestra aleatoria que se lleva a un Gráfico de Control, siguiendo la metodología del Control Estadístico de la Calidad. Incluye todas las áreas de desempeño de la anestesia, incluidas sedaciones y partos.

RESULTADOS:

De 755 anestesias consecutivas realizadas por 3 anestesiólogos durante 6 meses, el 17,2% de los pacientes presentó algún problema relacionado con la anestesia. Los siguientes cortes de prevalencia se mantuvieron dentro de los límites de control. La anestesia general y el grado ASA multiplican por 2 el riesgo de problemas. Uno de cada 10 problemas presentó altos grados de severidad. Mayoritariamente problemas cardiovasculares. Con una media de 1,3 problemas por paciente afecto.

DISCUSIÓN:

Coincidimos con la literatura publicada en que la monitorización sistemática de problemas anestésicos intraoperatorios permite disponer de un mapa de problemas, identificación de grupos de riesgo por prevalencia y severidad, permitiendo tener bajo control los problemas, a la

vez que es muy útil para el fomento de la cultura de calidad y la formación continuada.

P022.– EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO FONT ROJA. ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EN 10 AÑOS?.

LÓPEZ-SORIANO F, BERNAL-PEÑALVER L, POZO-MARTÍNEZ P, MURCIA-VALCÁRCEL A, LÓPEZ-BERMEJO A.

HOSPITAL DEL NOROESTE DE MURCIA. CARAVACA.

OBJETIVOS:

Conocer la evolución de la satisfacción laboral en un hospital de Área, antes -después de integrarse con Atención Primaria. Conocer la satisfacción laboral de los Centros de Salud del Área.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Población: Todos los trabajadores del hospital, en los periodos de tiempo 2000 y 2009, y todos los de Atención Primaria en 2009. Mediante cuestionario estructurado Font Roja que explora 10 dimensiones relacionadas con el trabajo. Tras la elaboración de los listados, los trabajadores se agruparon por sectores de responsabilidad, siendo sus superiores los responsables del despliegue y recogida de cuestionarios, tabulando los resultados la Dirección de Gestión y explotación posterior por la Coordinación de Calidad.

RESULTADOS:

La enfermería supuso cerca del 50% de las respuestas, suponiendo la Atención Primaria cerca del 40% de los respondedores. La cuarta parte de las respuestas incluyeron sugerencias, reclamando mejorar la comunicación interna 1/6 de los encuestados. Dos dimensiones mejoran resultados: Presión laboral y Promoción Profesional, y el resto empeora sensiblemente. Los trabajadores de Atención Especializada tienen peores cotas de satisfacción laboral que los de Atención Primaria.

DISCUSIÓN:

Los niveles de satisfacción laboral de los trabajadores del Área han empeorado después de 10 años de cambios organizativos, a pesar de haber mejorado la presión laboral y las posibilidades de promoción profesional. No obstante,

los trabajadores del Área presentan unos niveles de satisfacción global de 2,98 de una escala de 5 puntos.

P023.– COORDINACIÓN ENTRE NIVELES PARA LA MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

CUADRADO-CENZUAL MA, ORTEGA I, ÁLVAREZ C, GÓMEZ E, DÍAZ-RUBIO E, ARROYO M.

MADRID.

OBJETIVOS:

El seguimiento de los pacientes oncológicos requiere una atención coordinada entre niveles asistenciales. Un punto crítico es garantizar unos tiempos de espera adecuados en la citación y realización de pruebas. Otro de los puntos es la lejanía del Hospital y la dificultad del transporte dificultando el seguimiento del proceso. Estas dificultades en la continuidad asistencial pueden ser un factor de riesgo importante Facilitar al paciente la posibilidad de realizarse la analítica de control en su CAP. El paciente acudiría directamente a su centro de salud para realizarse la analítica el día antes de tener que acudir al Hospital para la administración de los citostáticos. Al día siguiente acudiría al Hospital donde sus resultados analíticos ya han sido revisados por el Oncólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analiza el circuito de los pacientes oncológicos, estudiando las diferentes etapas del proceso asistencial y sus puntos críticos. En esta línea el laboratorio junto con la unidad de oncología analizan dos modelos de acceso para la realización de la analítica previa a la administración de la terapia al paciente oncológico MODELO CONSULTA ALTA RESOLUCION (MCAR):Incluir en un mismo acto asistencial la realización de las técnicas diagnósticas necesarias y la administración de la terapia. En principio ello implica la reducción del número de visitas del paciente al hospital. MODELO ACCESIBILIDAD ANALITICA PACIENTE: (MAAP) Basado en mejorar la accesibilidad a los pacientes para la realización de las pruebas analíticas , posibilitando el acceso a diferentes puntos (Centros de Atención Primaria y Especializada) en los que el paciente puede acudir a realizarse la extracción 24 horas antes a la administración de la terapia.

RESULTADOS:

Se realiza una reunión con Atención Primaria y se establece el procedimiento para realizar la extracción analítica de forma urgente 24 horas antes de su tratamiento, en su centro de salud sin cita previa.La media de pacientes es de 1605 al mes. El porcentaje de pacientes que se realizan la analítica en su centro de salud ha ido incrementándose progresiva y continuadamente, siendo a los 6 meses de la instauración del circuito de un 8 % , a los 9 meses 13.7 % a los 12 meses 18.1% a los 18 meses un 23.4 y en el trimestre de enero marzo 2011 el procentaje ascendía de un 24.8%.

DISCUSIÓN:

La lejanía del Hospital constituye para algunos pacientes oncológicos un factor de dificultad en el seguimiento continuado de su proceso asistencial, lograr una mayor accesibilidad a las diferentes pruebas que deben realizarse supone un incremento importante de la calidad de lsu atención La implantación del procedimiento de extracciones de pacientes oncológicos, aumentando las posibilidades de accesibilidad demuestra ser una estrategia eficaz, y satisfactoria para el paciente.

P024.– VALORES CRITICOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE : ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LAS VIAS DE COMUNICACIÓN.

CUADRADO-CENZUAL MA, DE PEDRO JA, MACIÑEIRA F, ARROYO M.

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

OBJETIVOS:

Los valores críticos de laboratorio son aquellos que indican una situación patológica crítica que pone en riesgo la vida del paciente si no se toman medidas inmediatas.para la vida del paciente.El problema más frecuente en la comunicación de valores críticos es la interrupción en la transmisión o transmisión ineficaz de dichos valores. Con este tipo de valores debería asumirse el compromiso de comunicar de forma inmediata y eficaz los resultados con el fin de asegurarse que el médico conozca esta información- Como objetivos prioritarios en este área nos planteamos: Análisis de los valores críticos procedentes de Servicio de Urgencias del Hospital Análisis del protocolo de comunicación de valores críticos. Implantación de estrategias de mejora que permitan una comunicación más efectiva de los valores críticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan los resultados de las analíticas procedentes del servicio de urgencias solicitadas durante el primer trimestre del 2011, evaluando los valores críticos de hematocrito, hemoglobina, plaquetas, sodio, potasio y calcio. Dentro de los valores críticos se han estudiado las posibles interferencias preanalíticas y analíticas. Se planifica la implantación de una pantalla de visualización inmediata y directa de resultados en el laboratorio de urgencias, realizándose en las siguientes fases: Elaboración de protocolos consensuados con el área asistencial de urgencias. Se establecen los parámetros y los resultados que van considerarse valores críticos- Diseño de la herramienta informáticas.

RESULTADOS:

Formación de los profesionales implicados. La formación de los profesionales alcanzó a un 100% de los profesionales implicados El porcentaje de valores críticos sobre el total de

los parámetros solicitados y que fueron informados fueron: Para el parámetro del Calcio 0.31% Potasio 0.11% Sodio 0.07 % Plaquetas 0.24 % Hemoglobina 0.34 % Hematocrito 0.38% . Estos porcentajes corresponden a un total de 1157 valores críticos. Dichos valores fueron informados de forma eficaz en el 98,2% de los casos (verificación de visualización del valor crítico a través de la herramienta informática, mediante comprobación telefónica durante el período del estudio) Considerando el elevado numero de determinaciones realizadas , consideramos que el porcentaje de valores críticos obtenido justifica el establecimiento de un protocolo de comunicación consensuado entre el laboratorio y los clínicos.

DISCUSIÓN:

La adopción y uso de tecnologías avanzadas de la comunicación como intranet, Internet seguro y otros métodos de mensajería digital pueden mejorar la eficacia en la notificación de los resultados. En nuestro caso, la visualización directa vía informática de resultados ha mejorado la comunicación rápida, eficaz y fiable de todos los resultados analíticos.

P025.– ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN LA SALA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL. VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA.

CUADRADO-CENZUAL MA, ÁLVAREZ C, CASANOVA E, GONZÁLEZ J, ARROYO M.

HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

OBJETIVOS:

El estudio de la satisfacción de los pacientes es uno de los requisitos que ha de cumplir todo laboratorio clínico a la hora de la implantación de su Sistema de Gestión de Calidad y una herramienta de gran utilidad para la medida del proceso asistencial así como para la planificación de estrategias de mejora En este estudio se pretende conocer el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al proceso de extracción de sangre en el Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital y la influencia del número de pacientes citados por día en la calidad percibida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para este estudio se diseña una encuesta de satisfacción mediante metodología de grupo focal, constituido por facultativos y personal de enfermería. Se trata de 7 preguntas de fácil comprensión y un apartado abierto para sugerencias. La encuesta se entregó a los pacientes un total de 24 días que se agruparon en dos grupos en base al número de pacientes citados : GRUPO A: se incluyeron las encuestas de los días en los que la media de pacientes citados no superaba los 450/dia y GRUPO B : se incluyeron las encuestas de los días en los que la media de pacientes superaba dicha cifra El ámbito de la encuesta abarca pacientes de las Consultas Externas, Especialidades y Atención Primaria atendidos en la sala de extracciónes del Hospital.

RESULTADOS:

El porcentaje de contestación a las encuestas fué de un 72,6% . Los resultados más destacables son los siguientes: Todos los items obtienen entre el 80% y el 95% de resultados “bien” o “muy bien”. En la pregunta referente al tiempo de espera un 47,06% responden “muy bien” en el Grupo A, mientras que en el Grupo B este porcentaje es del

21,59%. En la pregunta referente al trato recibido un 63,23% marcan la opción "muy bien" en el Grupo A frente a un 42,61% que la marcan en el Grupo B. En la pregunta referente a la calificación de nuestros servicios en general, en el Grupo A responden "muy bien" un 38,23% y en el Grupo B un 30,68%.

DISCUSIÓN:

El nivel de satisfacción del paciente es en general bueno o muy bueno. La calidad percibida por el paciente en el Grupo B desciende debido al tiempo de espera. Las condiciones de la sala de espera son el punto más insatisfactorio para el paciente. El esfuerzo de mejora debería centrarse en los puntos anteriores.

P026.– ESTUDIO DE IDENTIFICACIÓN DE LA CATEGORIA DE LOS PROFESIONALES POR LOS COLORES DE LOS BOLSILLOS DEL VESTUARIO.

RUBIO-GIL E, AGUIRAN-ROMERO L, INIESTA-MARTÍNEZ D, ALMELA-SÁNCHEZ-LAFUENTE J, FRENÁNDEZ-PÉREZ P, CAÑAVATE-GEA J.

HOSPITAL DE CIEZA. CIEZA.

OBJETIVOS:

Conocer si los usuarios saben las categorías de los profesionales que les atienden a través de los colores identificativos de la mismos en los bolsillos de los uniformes y constatar si existe algún problema para detectar una oportunidad de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevo a cabo durante los meses de mayo y junio del 2011 una entrevista a los pacientes ingresados en la planta quirúrgica y en la planta de medicina interna. Se eligió una muestra de 60 pacientes elegidos de forma de forma aleatoria. Se pregunto 4 preguntas, con tres respuestas posibles siempre, casi siempre o nunca. Detectándose una oportunidad de mejora en la identificación de categorías por los colores del bolsillo del vestuario . Como medidas correctoras se llevo a cabo unos dípticos que se pusieron en las plantas y en las consultas que hacían referencia a cómo se han clasificado las categorías de los profesionales sanitarios en colores.

RESULTADOS:

La muestra tuvo una media de edad de 55 años, el 61 % eran hombres y el 39 % mujeres. El 26.09 % nunca conoce la categoría del personal que le atiende habitualmente, el 26 % conoce casi siempre la categoría del personal y el 47 % conoce siempre la categoría no observándose diferencias significativas entre los servicios ($p>0.05$).El personal se presenta siempre en el 26.09 % de las ocasiones, no existiendo diferencias significativas entre los servicios ($p>0.05$) . Los colores de identificación de las categorías del personal el 95 .65 % de los usuarios no sabe nunca lo que indica.

DISCUSIÓN:

En ocasiones se llevan a cabo medidas para mejorar la comunicación pero se llevan de forma internas de tal forma que permiten solamente mejoraras a nivel interno pero no con el cliente externo, por lo que hay que recalcar la necesidad de potenciar la realización de acciones para que el cliente externo pueda conocer quien es su interlocutor.

P027.– EVALUACION DE LA PREVENCION CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE TORRE-PACHECO OESTE.

ROSIQUE-GÓMEZ F, RAMÍREZ-TIRADO C, DÍAZ-ARBOLEDA A,DELGADO-PEÑA F, VERA-MARTÍNEZ A, MESEGUER-ZARAGOZA A.

CENTRO DE SALUD DE TORRE-PACHECO OESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Se indica tratamiento antiagregante a todos los pacientes diabéticos según los criterios marcados en la cartera de servicios del SMS (2007) y el ADA (2007).

MATERIAL Y MÉTODOS:

El problema detectado es si se indica tratamiento antiagregante a todos los pacientes diabéticos según criterios marcados en cartera de servicios de SMS. Se analiza con un diagrama causa-efecto las posibles causas potenciales del problema de calidad. Se analizan 7 criterios de proceso con aclaraciones y excepciones: 1. Toda persona diagnosticada de diabetes deberá seguir tratamiento con AAS a dosis bajas (75-162 mg/día) si es mayor de 40 años. 2. Toda persona con diabetes deberá seguir tratamiento con AAS si presenta HTA asociada. 3. Toda persona con diabetes deberá seguir tratamiento con AAS si presenta dislipemia asociada. 4. Toda persona con diabetes deberá seguir tratamiento con AAS si es fumador. 5. Toda persona con diabetes deberá seguir tratamiento con AAS si presenta albuminuria asociada. 6. Toda persona con diabetes deberá seguir tratamiento con AAS si presenta cardiopatía isquemica asociada. 7. Toda persona con diabetes deberá seguir tratamiento con AAS si presenta antecedentes de claudicación intermitente o enfermedad vascular asociada. Excepciones: alergia a aas, antecedentes de hemorragia digestiva, enfermedad hepática o diabetes gestacional. Aclaraciones: en pacientes con alguna causa de excepción es valida otra terapéutica alternativa. Dimensión estudiada: Calidad científico-técnica. Unidades y fuentes de estudio: historias clínicas de los pacientes mayores de 21 años diagnosticados de diabetes según el programa informático OMI-AP del EAP de Torre-Pacheco Oeste. Tamaño de la muestra: 30 casos por cada criterio evaluado (210 casos).

Método de muestreo: aleatorio simple. Proveedores del estudio: médicos y enfermeros de EAP de Torre-Pacheco Oeste. Periodo evaluado: Primera evaluación: todos los pacientes mayores de 21 años, diagnosticados de diabetes desde 1 de diciembre de 2009 y el 1 de diciembre de 2010 y en una segunda evaluación en la misma población desde el 2 diciembre de 2010 al 2 de mayo de 2011.

RESULTADOS:

En el EAP de Torre-Pacheco Oeste no existen diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la prevención de los pacientes diabéticos, analizando cinco meses después de realizar las medidas correctoras: dar a conocer al equipo de atención primaria los resultados de la primera evaluación y dando charlas de formación en antiagregación y conocimiento de la cartera de servicios.

DISCUSIÓN:

Tanto la ADA como las guías europeas han ido cambiando en los últimos años. La recomendación no está justificada por evidencias sólidas de su eficacia, y por eso la mayoría de los médicos del EAP no las sigue. La prevención cardiovascular es fundamental para el control y seguimiento del paciente diabético. La antiagregación supone un reto en la medicina puesto que los criterios no están del todo claros y no está exenta de efectos secundarios.

P028.– VALORACIÓN DE LA UTILIDAD E INDICACIONES DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN HOSPITAL GENERAL.

SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F, MARTÍNEZ-OTÓN JA, SEVILLA-CÁCERES L, MORÁN-SÁNCHEZ S, BAÑOS-MADRID R.

COMPLEJO HOSPITALARIO AREA SALUD II. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Realizar un análisis descriptivo acerca de distintos aspectos del formulario de consentimiento informado, para valorar la utilidad e indicaciones que debe reunir el mismo y analizar los aspectos sobre los que se podría mejorar para lograr una mayor seguridad del paciente y una mejora en la relación médico-paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

se realizó un muestreo aleatorio simple entre los profesionales médicos, diplomados y auxiliares de enfermería del Complejo Hospitalario de Cartagena, a los que se les pididó que rellenaran una encuesta cerrada y anónima que contenía preguntas que hacían referencia a la cumplimentación, generalidades, información, riesgos, posibilidades de éxito y alternativas al procedimiento contenidas en el documento de consentimiento. Serealizó un análisis estadístico descriptivo de los datos, midiendo la Chi-cuadrado para evaluar la frecuencia de las respuestas, considerando como estadísticamente significativo una p menor de 0.05. Para el análisis de los datos se empleó el programa SPSS para Windows.

RESULTADOS:

Completaron la encuesta 90 trabajadores del hospital, observando que aquellos que rellenan siempre los consentimientos e ionforman al paciente representaban el 52%. Un 47% opinaban que existe falta de información en el formulario de consentimiento y de cuando se debe rellenar (existiendo diferencias estadísticamente significativas según los grupos profesionales incluídos). Un 85% consideraba el consentimiento informado como un instrumento ante demandas judiciales por parte de los pacientes . Respecto a la información contenida en el mismo, un 67% consideraba

que no era aclaratoria, un 72% que era de difícil lectura y entendimiento y un 35% la consideraba excesiva. Respecto a los elementos que se deben incluir en estos formularios, un 97% consideraban que debía ser informativo, un 83% de fácil comprensión, un 76% apostaba por la voluntariedad y un 75% por la competencia. El 97.2% de los encuestados consideraba necesario que aparecieran los riesgos del procedimiento, un 60% que aparecieran reflejadas las posibilidades de éxito y un 64% las alternativas existentes.

DISCUSIÓN:

De los resultados obtenidos en el estudio es importante destacar que aproximadamente la mitad de los encuestados no utilizan habitualmente el consentimiento en su práctica habitual, que la mayoría piensa que es un instrumento de protección judicial, en vez de representar la garantía de una correcta información y que la información en él contenida es confusa. Estos resultados contrastan con el modelo médico-paciente existente en la actualidad y que se basa en la autonomía del paciente para decidir acerca de su salud, sobre una base de información que debe realizar el profesional médico. Por último concluímos que sería aconsejable realizar un ciclo de mejora acerca de la utilidad y las indicaciones del consentimiento para lograr una mejoría en la relación médico-paciente.

P029.– CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD: "AGUA PARA TODOS" LOS NIÑOS.

PÉREZ-MARTÍNEZ MJ, CASQUET-BARCELÓ A, FLORES-CARPE F.

C.S. ALGEZARES-LOS GARRES. MURCIA.

OBJETIVOS:

La prevalencia de la obesidad infantil en la población española es del 13.9% y la del sobrepeso el 26.3%. La mayoría de las intervenciones van dedicadas al cambio en la alimentación infantil y aumento del ejercicio físico. En nuestro centro de salud hemos detectado un aumento del consumo de bebidas azucaradas en detrimento del consumo de agua y es allí donde vamos a hacer la intervención para intentar disminuir la OB infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS:

ANALISIS EFECTUADO: Diagrama Causa/Efecto. DIMENSION ESTUDIADA: Calidad Científico-Técnica. TIPOS DE DATOS: Proceso. UNIDADES DE ESTUDIO:-Receptores del Servicio: Escolares de 7-11años pertenecientes a los colegios públicos y concertados de nuestra zona básica de salud,(565alumnos). -Proveedores: Personal Sanitario y personal docente de nuestra área de salud. -Periodo de Proceso Evaluativo: 01/03/ 2011 al 31/04/2011. FUENTES DE DATOS: Encuestas realizadas a los alumnos de 7-11 años que asisten a los colegios de nuestra zona, (565 encuestas sobre que beben en el desayuno, comida, merienda, cena y cuando tienen sed).

RESULTADOS:

Se observa en el desayuno que el 86% de los niños toma leche y se debería incrementar el consumo de zumo natural (14%). En el almuerzo, 41,6% toman agua y el 18.4% toman zumo envasado, se debería intentar rebajar el consumo de zumo envasado. En la comida, 65,7% toman agua, pero destaca el consumo de refrescos 20.5%. En la merienda, los porcentajes varían mucho, resaltando zumo envasado 18.1% y refrescos 4.4%. En la cena, 42.3% toman agua, pero 14.3% toman refrescos a esa hora. Cuando tienen sed, 75.4% toman agua, pero casi un 20% toman refrescos+zumo envasado.

DISCUSIÓN:

La falta de tiempo de sanitarios y profesores a la hora de impartir educación para la salud, la falta de información sobre los beneficios del agua, la excesiva publicidad sobre bebidas azucaradas, el fácil acceso a estos productos, el trabajo fuera de casa de los padres, ha hecho que aumente el consumo de bebidas azucaradas en nuestros escolares en detrimento del agua. PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS: 1-Presentar el resultado del estudio al EAP y personal docente, dándoles a conocer los resultados de la encuesta preliminar. 2- Aprovechar la consulta de demanda y el PAN para alentar el consumo de agua haciendo hincapié en sus beneficios. 3- Proponer charlas a los alumnos, asociación de padres y profesores para incentivar el consumo de agua y el consumo de refrescos y zumos envasados por el alto contenido calórico. 4-Promover la instalación de fuentes de agua para beber (eso sí, controlada en cuanto a salubridad); proponer que haya siempre una jarra de agua en la comida y en la cena. CONCLUSION: El estudio realizado sirve para hacer intervenciones sencillas a nivel comunitario, alentando el consumo de agua en los niños, con la colaboración de diversos estamentos, porque la Prevención de la obesidad infantil exige la colaboración de todos.

P030.– EVALUACION Y MEJORA DEL PROCEDIMIENTO PARA EXTRACCION DE HEMOCULTIVOS.

MORENO-SÁNCHEZ MD, DÍAZ-MARTÍNEZ AM, CASTEJÓN-ROBLES MJ, MORENO-PARRADO LA, LÓPEZ-ROS LA, TOMÁS-PERONA AN.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS MAR MENOR. SAN JAVIER.

OBJETIVOS:

Objetivo general: Disminuir la tasa de contaminación de Hemocultivos en nuestro Hospital Objetivos específicos: Unificar criterios en la técnica de extracción de Hemocultivos Disminuir tiempos de espera de resultados para optimizar tratamientos antibióticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realización de un ciclo de evaluación y mejora tras comprobar un incremento en la tasa de contaminación de Hemocultivos. Para ello se realizo un análisis retrospectivo, transversal del 100% de las muestras recibidas en Laboratorio de Microbiología durante el periodo comprendido entre los meses de Enero-Marzo del año 2011. Se revisa y actualiza el protocolo de extracción de Hemocultivos mediante la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por 4 Enfermeras ,1 Microbióloga y 1 Facultativo Internista Se realizan 20 sesiones clínicas con enfermería en todos los servicios de atención especializada con una cobertura del 90% de profesionales. Se realiza difusión de postres explicativos que sirvan como refuerzo para la obtención de una correcta técnica.

RESULTADOS:

Partiendo de una tasa de contaminación de hemocultivos del 18%, en una primera evaluación, se ha observado una considerable disminución de la misma (se aportarán resultados numéricos definitivos).

DISCUSIÓN:

Se observa una relación directa causa/efecto entre la elevada tasa de contaminación de hemocultivos y la realización incorrecta del protocolo de extracción de hemocultivos.

P031.– UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

INIESTA-MARTÍNEZ D, RUBIO-GIL E, CARAVACA-ALCARÁZ B, MARTÍNEZ-SAORIN E, ALMELA-SÁNCHEZ-LAFUENTE J, AGUIRAN-ROMERO A.

HOSPITAL DE CIEZA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar tras detectar un problema en el motivo de reclamaciones referente a Educación, cortesía o deferencia de los profesionales en nuestra Área.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevo a cabo un análisis de reclamaciones a través de los informes recibidos del servicio de Atención al Usuario, siendo uno de de los motivos más frecuente de reclamaciones el de Educación, cortesía o deferencia de los profesionales, por lo que se diseñó unas medidas correctoras que consistieron en llevar a cabo sesiones formativas en Habilidades comunicativas tanto en especializada como en primaria y un curso más intensivo para potenciar dichas habilidades durante los meses de marzo y abril 2011.

RESULTADOS:

Durante el primer trimestre del 2010, se recibieron un total de 73 reclamaciones el 23 % debidas a educación, cortesía o deferencia de los profesionales, el 58 % fueron en especializada y el 35 % en primaria. Tras llevar a cabo las acciones de mejora durante el primer trimestre del 2011 el porcentaje de reclamaciones debido a este motivo fue del 17 %, de las que el 38 % se referían a especializada y el 60 % en primaria.

DISCUSIÓN:

Podemos indicar que globalmente se ha reducido el número de reclamaciones por Educación, cortesía o deferencia de los profesionales, pero sin embargo ha habido una rotación con respecto a el lugar dónde se reciben, pasando a centralizarse más en primaria, situación que deberá ser analizada.

P032.– APLICACION DE METODOLGIA ENFERMERA (NNN) A UN PROTOCOLO DE SALUD LABORAL.

SANCHEZ-AYLLON F, FLORES-MARTIN JA, ALARCON-MARTINEZ MJ, DIAZ-MARTINEZ AM, MORENO-SANCHEZ MD, PARDO-GONZALEZ E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS MAR MENOR. SAN JAVIER.

OBJETIVOS:

Objetivo general: - Identificar el protocolo de salud más utilizado en un servicio de prevención de la región de Murcia. Objetivo específico: - Proponer la aplicación de las taxonomías NNN al protocolo de vigilancia de la salud más frecuente

MATERIAL Y MÉTODOS:

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, con finalidad descriptiva. Se ha realizado en un servicio de prevención de riesgos laborales de la Región de Murcia. La población estuvo compuesta por todos los reconocimientos médicos pertenecientes a los trabajadores que prestaban servicio en las empresas en el área de Vigilancia de la Salud, en el periodo de Febrero del 2004 al septiembre del 2008 con un total de 9.960 reconocimientos médicos. No se establecieron criterios de inclusión ni de exclusión.

RESULTADOS:

En los 9960 reconocimientos médicos se han aplicado los protocolos un total 39.739 veces, siendo el protocolo de salud más aplicado el de POSTURAS FORZADAS con un total de 7630 veces (19%).

DISCUSIÓN:

Las posturas forzadas originan trastornos muscoloesqueléticos fundamentalmente. Proponemos la aplicación de las taxonomías Nanda Nic Noc al Protocolo de Salud Posturas forzadas. Tras la valoración con los patrones de Marjory Gordon nos encontramos con unos 10 posibles Diagnósticos enfermeros con Noc y Nic correspondientes.

P033.– CÓMO FACILITAR LA MEDICACIÓN ANTITABACO GRATIS EN UN ÁREA DE SALUD.

PEDREÑO-PLANES JJ, ESPÍ-MARTÍNEZ F, VILLAESCUSA-PEDEMONTE ME, GOMEZ-SANCHEZ R, DE LA RUBIA-NIETO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La falta de financiación de medicamentos para tratar el hábito tabáquico dificulta el abandono por parte de los fumadores. Subvencionar esta medicación requiere un tipo de dispensación estricto. Conceder de forma descontrolada la medicación puede deparar un coste desmesurado. Detallamos un modelo de dispensación de medicación antitabaco en una gerencia única.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El modelo de dispensación se diseña para un área de salud del sureste español que cuenta con 13 zonas básicas con 207 médicos de familia. Los facultativos han de manejar el programa omi-ap. Dentro de este programa, el plan personal antitabaco se ha adaptado mediante pantallas con campos obligatorios para que, de forma informática, los datos que los profesionales recogen les permitan, por una parte, autorización para emitir un impreso receta que posibilita al paciente a retirar la medicación en el propio centro y, por otra parte, que estos datos sean extraídos automáticamente en una tabla excel que llega cada semana a los responsables de farmacia y dirección de la gerencia de área. Esta tabla se contrasta con los impresos receta que remiten cada mes los responsables antitabaco de cada uno de los centros de salud a dicha dirección. De esta forma se verifica el número de envases de medicamentos antitabaco que se han entregado en cada centro a los pacientes. Asimismo, permite conocer los envases que cada centro va necesitando para ir reponiéndoselos desde el servicio de farmacia. El paciente ha de ser revisado mensualmente. En cada una de estas revisiones se le va suministrando la medicación necesaria hasta la próxima revisión. Así hasta tres meses. No obstante, el paciente, para prevenir recaídas, será revisado tanto por su médico de familia como por su enfermero hasta el año.

RESULTADOS:

En junio de 2010 se inició paulatinamente la dispensación de medicación antitabaco en los 13 centros de salud. La aceptación por parte de los profesionales como de los usuarios es muy elevada. Calculamos que de un 32’2% de fumadores que hay en esta área, entre un 5 y un 10% puedan ser atendidos. En el segundo trimestre de 2011 se realizará un balance acerca del porcentaje de fumadores atendidos, abandono del hábito tabáquico y gasto originado en medicación.

DISCUSIÓN:

Subvencionar la medicación antitabaco aumenta la motivación para dejar de fumar. Un modelo de dispensación controlado permite aplicar los tratamientos a los pacientes con una adecuada motivación y dependencia. Asimismo, evita el gasto descontrolado.

P034.– INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA GERENCIA DE ÁREA.

VILLAESCUSA-PEDEMONTE ME, PEDREÑO-PLANES JJ, GALINDO-RUEDA MM, GÓMEZ-SÁNCHEZ R, LÓPEZ-PICAZO-FERRER JJ, ESPÍ-MARTÍNEZ F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

El tabaquismo es la mayor causa de morbimortalidad en el mundo occidental. Por su elevada prevalencia, la forma más eficiente de hacerlo parece ser su abordaje comunitario a través de la red de atención primaria, aunque la falta de tiempo sus profesionales y la inexistencia de medicamentos financiados son fuerzas en contra que han dificultado los avances en este sentido. Describimos una estrategia dirigida a mejorar el abordaje del tabaquismo desde un área de salud con gestión integral de los servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La intervención se realiza en un área de salud del sureste español que cuenta con 13 equipos de atención primaria y un hospital para atender a 206.900 habitantes. Se difunde mediante 2 sesiones clínicas en cada centro a cargo del responsable de la unidad de tabaquismo del hospital, con entrega de material complementario. La primara antes de iniciar la estrategia y otra para resolver problemas y casos prácticos a partir del mes de implantación Se incluye a todos los pacientes que acuden a consulta de atención primaria (medicina o enfermería), se declaran fumadores y aceptan intentar dejar de fumar. Prevé una primera visita de captación para valorar motivación y una segunda a los 15 días para completar la historia clínica del fumador y planificar su tratamiento. El tratamiento farmacológico, cuando se precisa, se dispensa de forma gratuita desde el servicio de farmacia del hospital del área. Para ello se diseñó un programa informático de control de consumo y reposición de envases, que se entregan en el centro de salud. El paciente es revisado mensualmente por su médico de familia durante 3 meses, y luego por su enfermero de atención primaria para prevenir recaídas, hasta el año de cesación.

RESULTADOS:

Desde marzo de 2010 se han realizado las sesiones iniciales en los 13 centros de salud, con asistencia y aceptación a participar del 90% de los profesionales. Esperamos atender al 5% de la población diana estimada, unos 7.000 pacientes durante 2010. Antes de octubre se espera haber realizado la segunda sesión en todos los centros, y obtener datos sobre captación, aceptación de la población y porcentaje de éxitos y recidivas.

DISCUSIÓN:

La implantación de estrategias comunitarias fundamentadas en el trabajo de los profesionales de atención primaria son imprescindibles para el abordaje del tabaquismo. La protocolización de actividades, la dispensación gratuita y la colaboración de los servicios hospitalarios de área son factores facilitadores.

P035.– PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES: UN AÑO DESPUÉS.

BARROSO-GUTIÉRREZ C, VILAPLANA-GARCÍA AM, CASTAÑEDA-PALMA MA, VALIENTE-MÉNDEZ A, VELÁZQUEZ-GONZÁLEZ MR, MORALES-PEÑA AM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Medir el grado de implementación de los protocolos propios sobre seguridad del paciente "Guía de administración segura de medicamentos" e "Identificación inequívoca de pacientes" implementados desde hace un año y programar las acciones de mejora necesarias en función de los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se efectuó una auditoría, cuya metodología y realización se llevó a cabo por los miembros de la Comisión de procesos, protocolos y normalización. La secretaria de la Comisión elaboró la plantilla auditora, que contiene los ítems a auditar, y las preguntas estructuradas a realizar durante la entrevista y se formó específicamente a los profesionales encargados de su realización para reducir la variabilidad. La auditoría se realizó en las unidades de hospitalización médica, quirúrgica, de ginecología y de pediatría. Se verificó la el cumplimiento de los ítems pactados en al menos un tercio de los pacientes de cada Unidad evaluándose también la adecuada identificación de la medicación intravenosa (IV) en proceso de administración y la medicación IV y oral preparada en el control de enfermería de cada Unidad. También se evaluó el grado de conocimiento de los protocolos a través de entrevistas estructuradas a enfermeras/os y técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAE) de presencia física en el transcurso de la auditoría. Se hizo una distribución de las Unidades a auditar entre los vocales de la Comisión y se marcó un plazo para la realización y el análisis.

RESULTADOS:

Se han auditado un total de: 317 pacientes, 317 dispositivos de medicación IV y 227 dispositivos de medicación oral y se han entrevistado a un total de 41 enfermeras/os y 39 TCAE. La medicación IV estaba identificada con todos los requisitos establecidos en el protocolo en 4.1% y la medicación oral en

un 7% de los pacientes. Un 43,2% de los pacientes tenían la pulsera de identificación colocada conforme a los parámetros establecidos.

DISCUSIÓN:

Con los resultados obtenidos podemos concluir que los protocolos "Guía de administración segura de medicamentos" e "Identificación inequívoca de pacientes" no se encuentran adecuadamente implantados en ninguna de las unidades auditadas. Por ello es imprescindible llevar a cabo las acciones de mejora propuestas: divulgación de los protocolos, mejorar los circuitos de comunicación y las sistemáticas de trabajo e incluir ambos aspectos como indicadores de calidad a monitorizar mensualmente en todas las unidades. Más allá de los resultados obtenidos consideramos que la metodología expuesta nos permitirá contribuir al seguimiento del ciclo de mejora necesario para mejorar la seguridad de los pacientes.

P036.– IMPLEMENTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA: DOS AÑOS DESPUÉS.

BARROSO-GUTIÉRREZ C, DEL NOZAL-NALDA M, VILAPLANA-GARCÍA AM, MELCÓN-DE DIOS A, ROMÁN-FUENTES M, MORILLO-CADIERNO R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Evaluar la implementación del LVSQ elaborado en los Servicios/Unidades Quirúrgicas del hospital y su área. La elaboración de este registro fue realizado por un grupo de trabajo de composición multidisciplinar que además de contemplar los elementos de comprobación de la OMS dentro del quirófano, incluye otros elementos de verificación de todo el proceso quirúrgico, determinándose así 4 etapas: preoperatorio, quirófano, postoperatorio (inmediato y en sala de hospitalización). Su implementación tuvo lugar en octubre del año 2009 y por tanto podemos decir que nuestro centro sigue una de las líneas estratégicas en seguridad del paciente recomendadas por la OMS que igualmente está también contemplada en los planes nacionales y autonómicos sobre seguridad de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el año 2010 se han efectuado dos auditorías. En la primera se evaluaron 179 historias clínicas de intervenciones quirúrgicas realizadas entre los meses de junio y julio y en la segunda se revisaron un total de 187 que correspondían a intervenciones efectuadas en el último trimestre del año 2010. La selección de las historias clínicas se ha realizado a través de un muestreo aleatorio sistemático y fueron analizadas por tres evaluadores registrando la información contemplada en el registro de auditoría elaborado. Los resultados finalmente fueron analizados por el grupo de trabajo identificado.

RESULTADOS:

La comparativa entre los análisis efectuados pone de manifiesto un incremento progresivo de la inclusión del LVSQ en la historia clínica, desde un 65% en 2009, a un 81% en la primera evaluación y a un 94% en esta segunda evaluación de 2010.

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos permiten constatar un incremento general de la inclusión del LVSQ en las historias clínicas de los Servicios/Unidades quirúrgicas. Actualmente y en base a la experiencia vivida se está trabajando para la obtención del reconocimiento de implantación del LVSQ que otorga la Agencia de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y en la definición de indicadores de resultados que nos permitan constatar su eficacia en aras de mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas. La medición de los resultados mediante auditorias sistematizadas permite contribuir al seguimiento del ciclo de mejora necesario para garantizar la seguridad de los pacientes.

P037.– ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO DERECHO CONSOLIDADO DE LOS CIUDADANOS.

DEL NOZAL-NALDA M, BARROSO-GUTIÉRREZ C, VILAPLANA-GARCÍA AM, GÓMEZ-ROSADO JC, RICO-CORRAL MA, DEL ÁLAMO-HERNANDO I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA Y ÁREA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

A la hora de evaluar la calidad de la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica, un item a evaluar es la comprobación de la existencia del Consentimiento Informado (CI) del procedimiento. Por ello, nos hemos propuesto a través de este análisis conocer el grado de cumplimiento del CI escrito en Servicios/Unidades Quirúrgicas y evaluar la implantación progresiva de los nuevos formularios según la nueva Orden de 8 de julio de 2009 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y que están disponibles en el Catálogo de la Consejería de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el año 2010 se han efectuado dos auditorías de historias clínicas de procedimientos quirúrgicos. El marco muestral fue aportado por el Servicio de Documentación Clínica y las historias seleccionadas, fueron facilitadas por el archivo y revisadas por tres evaluadores, siendo el número total de historias evaluadas de 188 y 159 en la primera y segunda evaluación respectivamente. Los ítems que se han evaluado han sido la presencia del CI y el formato utilizado (existencia de CI adaptado a la Resolución 223/2002 de 17 de Diciembre y validados por la Subcomisión de Ética Asistencial y la Comisión de Documentación Clínica del Hospital y su Área, existencia de CI adaptado a la Orden de 8 de julio de 2009 y existencia de otros formatos no adaptados a la Resolución ni a la Orden).

RESULTADOS:

La comparativa entre ambos análisis pone de manifiesto los siguientes resultados: se constata el incremento de historias clínicas en las que está incluido el CI del procedimiento quirúrgico pasando de un 84% a un 88% y el incremento

progresivo en la adaptación del CI de la Orden pasando de un 30% a un 50%.

DISCUSIÓN:

A la vista de los resultados expuestos se constata un incremento de la inclusión del documento de CI del procedimiento realizado en la historia clínica. Sin embargo, consideramos necesario insistir en informar y difundir la obligatoriedad del uso de los Consentimientos Informados de la Orden de 8 de julio de 2009 incluidos en el Catálogo de la Consejería de Salud, así como en su defecto utilizar los formularios adaptados al contenido de la Ley 41/2001 disponibles en el Hospital y su Área. Consideramos como un área de mejora, orientar a los profesionales en la necesidad de registrar como un aspecto relevante en la historia clínica el que se le ha facilitado información verbal y escrita al paciente y que ha firmado el consentimiento informado. Más allá de los resultados obtenidos consideramos que la metodología expuesta nos permitirá contribuir al seguimiento del cumplimiento de un derecho consolidado de los ciudadanos y que podría ser considerado como un indicador de resultados el analizar la concordancia entre el listado de verificación de seguridad quirúrgica y los resultados de esta auditoría.

P038.– METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

VILAPLANA-GARCÍA AM, DEL NOZAL-NALDA M, GÓMEZ-ROSADO JC, POLVILLO-VERDUGO C, PAVÓN-REAL MI, DEL ÁLAMO-HERNANDO I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA Y ÁREA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

La historia clínica del paciente es un documento clave en la asistencia hospitalaria y debe reunir una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. En este sentido, en el Hospital y su Área se dispone de un Reglamento de Historias Clínicas. La Comisión de Documentación Clínica tiene como misión promover los mecanismos necesarios para mejorar la calidad de las historias clínicas. Por ello, entre sus objetivos, se contempla la realización de auditorias anuales de acuerdo con la metodología de trabajo implantada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La Comisión de Documentación Clínica ha diseñado un plan de evaluación de historias clínicas en los distintos Servicios y Unidades del Hospital y su Área, siguiendo un sistema objetivo de análisis de la presencia, cumplimentación y ordenación de los documentos considerados como imprescindibles tanto médicos como de enfermería. Así mismo, ha elaborado una guía de evaluación para que los auditores cumplan los más estrictos criterios de equidad y objetividad a la hora de evaluar las historias asignadas. Cada una de las historias clínicas seleccionadas para evaluar un Servicio o Unidad ha sido analizada por dos facultativos distintos y dos enfermeros distintos, valorando cada uno de ellos la faceta que le corresponde de la historia, es decir, documentos médicos o documentos de enfermería. Finalmente, los registros obtenidos se han introducido en una base de datos que analiza todos y cada uno de los ítems evaluados, y que emite una puntuación global para cada historia concreta, para cada Servicio o Unidad de forma global, y detalla el resultado de cada uno de los ítems.

RESULTADOS:

Se ha efectuado un análisis de 7 Unidades Clínicas que han permitido identificar aspectos concretos de mejora y que están relacionados fundamentalmente con la cumplimentación, el orden, la implantación de los documentos normalizados, la cumplimentación del Consentimiento Informado, el uso de siglas o abreviaturas y la identificación correcta de los profesionales en la historia clínica. Las deficiencias detectadas se han puesto en conocimiento de los profesionales implicados a través de un informe elaborado al efecto.

DISCUSIÓN:

Esta metodología de trabajo nos permite conocer la implementación del Reglamento de las Historias Clínicas y el grado de cumplimiento de la legislación al respecto en aras de garantizar la calidad necesaria en la historia clínica. Recientemente se ha revisado la sistemática de evaluación y se han mejorado las parillas de auditorías de las historias aportando mayor fiabilidad y agilidad al proceso.

P039.– RENTABILIDAD DIAGNOSTICA DE LA ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON SINTOMAS DE DISPEPSIA FUNCIONAL EN UN HOSPITAL GENERAL

MARTINEZ-OTON JA, SEVILLA-CACERES L, CARRION-GARCIA F, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, MARTINEZ-GARCIA P, MORAN-SANCHEZ S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

En el diagnostico de la dispepsia funcional, la endoscopia digestiva alta es la exploración de mayor interés, quedando la ecografía únicamente indicada para descartar patología biliopancreática, siendo dudosa en muchos casos su indicación. El objetivo primordial del estudio, es determinar la rentabilidad diagnostica de las exploraciones ecográficas realizadas como protocolo diagnostico en los pacientes que presentan síntomas compatibles con dispepsia funcional sin síntomas de alarma para enfermedad orgánica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron de forma retrospectiva 196 historias, correspondientes a 196 ecografías pertenecientes al archivo de la Unidad de Endoscopias del H. Universitario Santa María del Rosell. Se seleccionaron pacientes de todas las edades, con una media de 39.2 años, y de sexo predominantemente femenino con una ratio 5:1, que presentaban como diagnostico de sospecha dispepsia funcional, entre enero de 2009 y enero de 2010. Se recogen de forma estandarizada datos demográficos del informe de la exploración, así como sexo, edad, indicación, diagnóstico, calidad y procedimientos. Los datos obtenidos se procesan mediante el programa estadístico EPIDAT 3.1.

RESULTADOS:

De las 192 exploraciones ecográficas realizadas, se obtienen un 52.6% de exploraciones sin alteraciones significativas, frente a un 28.3% de exploraciones compatibles con patología biliar, de las cuales un 58.2% de las alteraciones ecográficas biliares son asintomáticas o sus síntomas no se correlaccionan con lo ecográficamente visualizado. De la misma manera se identifican un 12.2% de patología ecográfica hepática, de forma predominante esteatosis hepática leve.

DISCUSIÓN:

De los resultados obtenidos, se desprende que la rentabilidad diagnostica de la ecografia abdominal en el subgrupo de pacientes en los que sin tener signos de alarma, presentan una sintomatología compatible con dispepsia funcional, es muy baja. Pese a que se han identificado un 47.4% de hallazgos ecográficos, la mayoría de ellos, próximo al 70%, se trata de hallazgos incidentales sin repercusión clínica, tal como esteatosis leve, calcificaciones, quistes simples, etc. Solo en un 28.3% se han identificado signos ecográficos compatibles con patología biliar, pero solo únicamente un 40% de ellas, se acompañan de sintomatología típica de patología biliar. Estos resultados son comparables con los estudios previos realizados, y que recomiendan la realización de la ecografía únicamente para descartar patología biliar en el caso de sospecha. Esta recomendación practica no solo reduce el numero de ecografías a realizar, si no que también supone una reducción importante del gasto sanitario a este respecto. Sin lugar a dudas, son necesarios estudios multicentricos para la realización de generalizaciones a otro nivel, junto con recomendaciones mas precisas para el diagnostico de la dispepsia funcional.

P040.– EVALUACION Y MEJORA DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIBÉTICO TIPO II EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRE PACHECO OESTE

MORENO-LÓPEZ A, ROSIQUE-GÉMEZ F, RUBIO-GIL E, TORRECILLA-SEQUI J, CRUZ-JUANES Y, ROJAS-NOLASCO R.

CENTRO DE SALUD TORRE PACHECO OESTE. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Realizar una evaluación y mejora tras detectar un problema en el seguimiento del paciente diabético tipo II en el centro de salud Torre Pacheco Oeste.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizó un diagrama Causa-Efecto para representar las causas potenciales del problema del problema de calidad escogiéndose 8 criterios para medir la calidad en el seguimiento paciente diabético tipo II. Los receptores del servicio fueron pacientes mayores de 14 años, que estaban diagnosticados como diabéticos tipo II según el programa informático OMI-AP. El periodo de proceso evaluado fue todos los registros de los 3 últimos años, en los pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II. Para la obtención de datos sobre el cumplimiento de los criterios se utilizaron las historias clínicas recogidas en OMI-AP. El tamaño de la muestra fue de 60 casos y el método de muestreo fue aleatorizado estratificado por cupo.

RESULTADOS:

En la primera evaluación el número total de incumplimientos fue de 288, tras llevar a cabo las acciones de mejora el número total de incumplimentos fue de 174, encontrando mejora significativa ($p< 0.05$) en 6 de los ocho criterios seleccionados .No se encontraron mejoras significativas en los criterios de que todo paciente diabético tipo II debia de tener un registro e interpretación de un electrocardiograma desde el momento del diagnostico y que debería estar vacunado contra la gripe anualmente.

DISCUSIÓN:

Las acciones emprendidas han conseguido una mejora significativa en el seguimiento del paciente diabético tipo II en el Centro de Salud Torre Pacheco Oeste, pero se deben

realizar y estudiar actividades para poder alcanzar mejoras en los dos criterios que no han sido significativos.

P041.– IMPACTO DE LA GESTIÓN UNIFICADA DE UN ÁREA DE SALUD EN LA VOZ DEL PACIENTE.

TOMÁS-GARCIA NU, LOPÉZ-PICAZO-FERRER JU, ALCARAZ-QUIÑONERO MA, VILLAESCUSA-PEDEMONTE MA, SERRANO-SANTOS EN, PEDREÑO-PLANES JJ.

HOSP.UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La aparición de las áreas únicas en el entorno del Sistema Nacional de Salud conlleva una modificación de su estructura organizativa que puede marcar una diferencia en la organización de la atención al ciudadano.En este contexto la voz del paciente puede ser un instrumento útil para evidenciar estos cambios de forma rápida.Nuestro objetivo es comprobar la repercusión en los pacientes del cambio a la gestión integrada de un área de salud,a través del análisis de reclamaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestra área de salud asume la gestión integrada de la atención primaria (14 equipos de atención primaria y 5 servicios de urgecias) y hospitalaria en Enero del 2010 para 247.367 ciudadanos.En nuestra área las reclamaciones son recogidas y procesadas a traves de la aplicación informática SUGESAN.Utilizando la base de datos que genera,se estudian cambios de tendencia en el número de reclamaciones generadas desde atención primaria antes y después de 2010, y se comparan con las generadas en el entorno hospitalario.Para ello se analiza el total de reclamaciones mensuales mediante gráficos de control.La hipótesis nula contempla la estabilidad del indicador y la alternativa su variabilidad,identificada de forma visual al analizar la morfología del gráfico construido.Los 8 patrones contemplados son los propuestos por Kume y Farnum y adaptados por Saturno.

RESULTADOS:

En atención primaria,la media mensual de reclamaciones anterior al 2010 fue de 59,0 (LCS=99,9;LCI=18,1),mientras que despues fue de 50,8 (LCS=92,3;LCI=9,2).El análisis gráfico confirma una tendencia significativa y persistente hacia la mejora.En el hospital el número de reclamaciones

se mantiene controlado,salvo en Agosto del 2010,donde es signoificativamente inferior.

DISCUSIÓN:

Hemos encontrado una mejora significativa y persistente en la tendencia del número de reclamaciones recibidas en atención primaria,que no se ha visto reflejada en igual medida en el entorno hospitalario.La integración organizativa de la atención primaria y hospìtalaria en nuestro área de salud ha repercutido favorablemente en la voz del cliente expresada mediante reclamaciones,lo que pudiera ser reflejo de una mejoratención. Son necesarios análisis más detallados de calidad percibida (encuestas,etc.) para confirmar esta mejora.

P042.– MEJORA EN LA RESOLUCIÓN DE TIEMPOS DE RESPUESTA A LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS MEDIANTE LA GESTION INFORMATIZADA.

TOMAS-GARCIA NU, LOPEZ-PICAZO-FERRER JU, ALCARAZ-QUIÑONERO MA, VILLAESCUSA-PEDEMONTE MA, PUJANTE-RÓDENAS VI, CUBILLANA-HERRERO JD.

HOSP.UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Una vez interpuesta una reclamación,ésta sigue un trámite hasta su resolución en la que se realizan diferentes indagacionesy se toman las decisiones consecuentes.La excelencia en esta gestón pasa por resolver adecuadamente todas las reclamaciones que se reciben,en el menor tiempo posible,acometiendo actividades de mejora cuando la situación así lo requiera por su gravedad o por su extensión.El objetivo de este estudio es conocer el impacto de la introducción de un sistema de gestión informatizada de las reclamaciones en la resolución y tiempos de respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestra área de salud gestiona la atención primaria y hospitalaria pra 247.367 ciudadanos.Las reclamaciones son recogidas y procesadas a través de la aplicación informática del SUGESAN desde 2009,y gestionadas de manera independiente en el entorno hospitalario y de atención primaria.Utilizando la base de datos que genera,se estudian cambios de tendencia en la proporción de reclamaciones cerradas y en los tiempos finales de respuesta antes y despues de la introducción del SUGESAN,en primaria y hospital.Para ello se analizan estos datos mediante gráficos de control.La hipótesis nula contempla la estabilidad del indicador y la alternativa a su variabilidad,identificada de forma visual al analizar la morfologia del gráfico construido.Los 8 patrones contemplados son los propuestos por Kume y Farnum y adaptados por Saturno.

RESULTADOS:

Antes de SUGESAN el porcentaje de reclamaciones cerradas era del 75% (LCS=87%,LCI=63%),con un tiempo medio de respuesta de 35 dias (LCS=45 dias;LCI=25 dias).La puesta en marcha de SUGESAN ha significado una tendencia en la

mejora del porcentaje de las reclamaciones cerradas (media=85%,LCS=91%, LCI=70%) y los tiempos de respuesta (media=12,5 dias;LCS=20,0 dias,LCI=4,6 dias). Si comparamos los gráficos de control de reclamaciones recibidas desde Atención primaria y el Hospital,pPrimaria ciera la totalidad de reclamaciones que gestiona,mientras que el hospital no alcanza el 90%.Los tiempos de respuesta se mantienen estables y,con excepción de 2009,por debajo de 30 dias.En el Hospital se evidencia la mejora antes comentada,y tiempos de respuesta controlados y buenos a partir del segundo semestre de ese mismo año.

DISCUSIÓN:

La introducción de una gestión informatizada de las reclamaciones ayuda a mejorar su resolución y los tiempos de respuesta ,aunque no es el único factor a tener en cuenta ,porque el diseño del proceso de gestión de reclamaciones es otro factor muy importante a tener en cuenta,como se deduce de los diferentes resultados obtenidos por atención primaria y hospitalaria.

P043.– ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES ABIERTAS EN UN ÁREA DE SALUD.

TOMAS-GARCIA NU, LOPEZ-PICAZO-FERRER JU, ALCARAZ-QUIÑONERO MA, VILLAESCUSA-PEDEMONTE MA, PUJANTE-RÓDENAS VI, CUBILLANA-HERRERO JD.

HOSP.UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Una vez interpuesta una reclamación,ésta sigue un trámite hasta su resolución en la que se realizan diferentes indagaciones y se toman las decisiones consecuentes.La excelencia en esta gestión pasa por resolver adecuadamente todas las reclamaciones que se reciben en el menor tiempo posible,acomentiendo actividades de mejora cuando la situación así lo requiera por su gravedad o por su extensión.El objetivo de estye estudio es analizar los motivos de reclamación que no han podido ser resueltos de forma adecuada,a fin de identificar oportunidades de mejora y acometer las acciones consecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestra área de salud gestiona la atención primaria y hospitalaria para 247.367 ciudadanos.Las reclamaciones son recogidas y procesadas a través de la aplicación informática SUGESAN desde 2009.Dividimos los Servicios en 8 bloques (médicos,quirúrgicos,maternal ,infantil,urgencias,admisión,centrales y de soporte) y analizamos en ellos el total y la proporción de reclamaciones generadas desde entonces y que permanecen abiertas a fecha 1 de Enero del 2010.Un análisis similar se realiza por motivo de la reclamación ,calculando además, el riesgo de que un motivo concreto permanezca abierto,calculando mediante el producto de las probabilidades de presentación y de no-resolución.

RESULTADOS:

Desde 2009,quedan 1653 motivos de reclamación sin cerrar(23%).El mayor número se originó en los servicios médicos (288)aunque en porcentaje sobre el total destaca el servicio de urgencias,con el 53%. En cuanto a los motivos que las generarón,las causas mas frecuentes son la disconformidad con las normas (17%) y el resultado

asistencial(12%),aunque por grandes motivos los relaccionados con la accesibilidad en conjunto son los mas importantes(45%).Existen algunos motivos,que independientemente de su frecuencia,son mas difíciles de resolver.Las motivadas por libre elección,lejanía del centro o falta de comunicaciones,disconformidad con el tiempo que el profesional dedica al paciente,la muerte inesperada de este y la queja inducida por personal de la institución nunca han podido cerrarse. Las reclamaciones con más riesgo a permanecer abiertas son las generadas por disconformidad con las normas (riesgo=13,8) y los problemas relacionados con la accesibilidad/lista de espera(riesgo=9,0-8,0 segun tipo de lista),retrasos(riesgo=6),suspensiones o reprogramaciones(riesgo=3,8).

DISCUSIÓN:

Existen servicios y motivos de reclamaciones de espacial riesgo.Debe realizarse un estudio detallado de reclamaciones por disconformidad con las normas (C104) para identificar y mejorar aquellas que generan mas conflictos.Entre las acciones de mejora deben figurar la gestión de las listas de espera ,en especial los procedimientos de citas de consultas preferentes y las cancelaciones/suspensiones.Debe hacerse explícita una normativa para la libre elección de especialista,que sobrepase los límites del RD de 1996,ante la ausencia de una norma común al Servicio de Salud.

P044.– INICIATIVAS PREVENTIVAS FRENTE A ACTUACIONES SANITARIAS A DEMANDA. RESPECTO DEL EJERCICIO FÍSICO.

GARCÍA-SÁNCHEZ MJ, ARCAS-CONESA E, CONESA-MARTÍ ME, CARCELÉN-GARCÍA JL.

I.E.S. INFANTE JUAN MANUEL. MURCIA.

OBJETIVOS:

Puede considerarse el sedentarismo como "la enfermedad crónica de la salud pública que mayor perjuicio va a causar al mundo civilizado". Consideramos que esta actitud se inicia en la adolescencia y que se mantendrá en gran medida hasta la edad adulta. Nos proponemos averiguar el grado de sedentarismo y sus causas, en la población de 17- 18 años de un instituto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una encuesta, anónima a 122 alumnos de edades comprendidas entre 17 y 18 años (correspondientes a 2º de bachillerato) en un Instituto de Secundaria de Murcia capital, en un entorno de clase y/o media alta. Las preguntas demográficas son edad y sexo y las preguntas admiten respuestas cualitativas con 2 o varias posibilidades.

RESULTADOS:

El cuestionario fue contestado por el 79 alumnos, 65% de los encuestados. De los que 67% son mujeres. Mientras que la mayoría de los hombres (84%) afirma realizar algún tipo de actividad, la mayoría de mujeres (71%) no realizan actividad física deportiva en su vida cotidiana. El 100% de los hombres que no realizan deporte afirman no realizarlo por falta de tiempo, las mujeres aportan otros motivos, aunque también predomina "por falta de tiempo" con un 78%, seguido de un 11% de mujeres que no realiza actividad deportiva porque no le gusta el deporte. En las mujeres la forma de practicar deporte es la asistencia al gimnasio, con un 46%, seguido muy de lejos por la natación (18%). El resto de los deportes, footing, volley, baile y gimnasia rítmica, quedan igualados a un porcentaje de 9%. En los hombres es el fútbol, que con un 31%, deja muy alejados el resto de deportes practicados. El siguiente porcentaje es de un 19% de alumnos que van al gimnasio.

El resto de deportes quedan reducidos a un porcentaje más pequeño: natación, footing, judo, tenis, baloncesto y boxeo. La mayoría de mujeres (68%), realiza deporte durante una a dos horas semanales y los hombres realizan más de cuatro horas de ejercicio a la semana. La mayor parte de la población considera que no es suficiente el ejercicio realizado, coincidiendo en hombres y mujeres esta respuesta, Aunque este % es mayor en el caso de las mujeres (un 82% frente a un 58%) Un 74% de hombres afirma haber estado federado en algún equipo alguna vez, En el caso de las mujeres solo ha estado un 39%. El motivo por el que realizan alguna actividad física es similar en ambos sexos: "para mejorar o mantener la salud", 31% en mujeres y 30% en hombres; y la razón por la que el deporte es importante menos votada por los alumnos es "para hacer amigos" (6% mujeres y 8% hombres).

DISCUSIÓN:

Las mujeres practican menos deportes que los hombres, realizan diferentes actividades y en diferentes lugares, así como el número de horas que le dedican. Sin embargo el motivo por el que realizan deporte es idéntico en ambos sexos: Mejorar o mantener la salud. Entendemos por tanto, que esta será la argumentación que tendremos que utilizar para motivar a los adolescentes para que eviten el sedentarismo.

P045.– ANALISIS DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD FORMAL PARA LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

LOPEZ-PICAZO-FERRER JL, TOMAS-GARCIA NU, ALCARAZ-QUIÑONERO MA, ROJAS-NOLASCO RH.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La evaluación de la calidad formal de los modelos de consentimiento informado(CI) es una iniciativa de nuestra Conserjeria de Sanidad a raiz de la necesidad de adecuar los modelos existentes a la legislación vigente.Para ello elaboró 20 criterios de los que se propuso evaluar 19.Nuestro trabajo pretende comprobar la fiabilidad de estos criterios cuando son comprobados por evaluadores independientes,a fin de aportar sugerencias que mejoren su construcción si fuera necesario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se extrajo una muestra de 30 modelos de CI elegidos al azar.En ella se evaluarón los 19 criterios propuestos por dos evaluadores independientes,una residente de medicina preventiva y una Técnica de la Unidad de Calidad,a los que se entreno previamente.Para comprobar la fiabilidad se calculó el índice Kappa,aceptando aquellos criterios cuyo índice Kappa resultó de 0,4 o superior.En el resto de casos se comprobó la prevalencia de cumplimientos de la muestra para,en caso necesario (mayor de 85% o menor de 15%),seleccionar una nueva muestra de cumplimiento no extremo.Se analiza el contenido de los criterios de fiabilidad pobre mediante entrevista con los evaluadores.

RESULTADOS:

Un total de 6 criterios (32%) no alcanzarón el nivel de concordancia exigido:C5,datos del representante legal o persona vinculada al paciente (K=0,1);C6,fecha y lugar del consentimiento(K=0,1);C8, descripción del procedimiento (K=0,0); C9, finalidad del procedimiento (K=0,0); C10,consecuencias relevantes (K=0,1); y C11,riesgos normales o típicos (K=0,3).

DISCUSIÓN:

Aunque los criterios de calidad estén descritos con un formato adecuado (enunciado,excepciones y aclaraciones),siempre es necesario comprobar estadisticamente su fiabilidad.Las razones de las discrepancias de los evaluadores al interpretar los criterios recogidas durante la entrevista nos ayudan a proponer redacciones alternativas a los criterios.

P046.– TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN EL PROGRAMA FORMATIVO DE RCP AVANZADA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

GARCIA-OREA-ALVAREZ M, BENITEZ-RUIZ L, GOMEZ-FERNANDEZ C, RODRIGUEZ-ARCE C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CADIZ.

OBJETIVOS:

OBJETIVOS: Conocer los conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP) antes y después de realizar un curso de Soporte Vital Avanzado (SVA) acreditado por el Plan Nacional de RCP y por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Encuesta realizada antes de asistir al curso de RCP avanzada y después de aprobarlo. Sujetos: Médicos/as y Enfermeros/as del SAS.

RESULTADOS:

RESULTADOS: 63 profesionales asistieron a los cursos 30 % eran médicos/as y el 70% enfermeros/as. El Servicio de Críticos y Urgencias y los distintos quirófanos representaron cada uno el 11%. El Servicio de Traumatología representó un 12% y el de Oftalmología un 6,5%. Cumplimentaron la encuesta previa 39 personas (62%) y 42 (63%) la encuesta posterior. Preguntas de la encuesta previa:1º¿Sábes alertar el dispositivo de paradas cardiorrespiratorias? El 64% contestó que no. 2ª¿Sábes cual es la frecuencia de compresión adecuada en una PCR? Sólo el 23% lo sabían. 3ª ¿Sábes cuales son las diferencias entre masaje cardiaco y ventilaciones en adultos y en niños? El 57% respondió que sí. 4ª¿Sábes diagnosticar arritmias? El 82% no sabían. 5ª ¿Sábes cuándo y cómo se desfibrila en una PCR? El 61% contestaron que no. En la encuesta posterior al curso todos los alumnos habían adquirido estos conocimientos y la destreza suficiente para aplicar las técnicas de RCP.

DISCUSIÓN:

Entre un 2% y un 0,4% de los pacientes ingresados en un hospital presentarán una parada cardiaca subsidiaria de RCP, la mitad de ocurren fuera de las áreas de críticos y solo 1 de cada 6 sobrevivirá. Es por ello, obligado el conocimiento de las técnicas de RCP por parte del personal sanitario. En nuestro hospital los cursos de RCP avanzada hacen que los profesionales sanitarios que poseen un déficit de conocimiento en esta materia alcancen el 100% de ellos si se actualizan con los cursos según las recomendaciones del Plan Nacional de RCP. De esta forma aumenta la calidad asistencial que se le puede ofrecer al paciente y una mayor seguridad de actuación al profesional en esta situación de urgencia.

P047.– LA DIFÍCIL TRANSICIÓN DEL HOSPITAL AL DOMICILIO EN ANCIANOS FRÁGILES.

QUÍLEZ-PINA RM, BONAFONTE-MARTELES JL, CASTRO-VILELA ME, CHÁVEZ-DIANDERAS F, CÁNOVAS-PAREJA C, GARCIA-ARILLA-CALVO E.

HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Importancia de la planificación del alta de los pacientes ancianos hospitalizados en el Servicio de Geriatría. Necesidad de estrategias de coordinación asistencial con los EAP que permita la continuidad de cuidados al alta para disminuir el riesgo de la transición entre niveles asistenciales

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio en una muestra de pacientes hospitalizados entre noviembre 2009 y diciembre 2010. Al alta se proporciona información verbal detallada del plan de tratamiento con soporte escrito específico en ancianos polimedicados. Se entregan 2 copias del informe de alta y/o se envía por correo al EAP. Se realiza llamada telefónica al domicilio en dias posteriores para evaluación de la estabilidad del paciente y resolución de dudas. Se pregunta al paciente o cuidador si ha entregado el informe de alta y si desde el EAP ha habido algún contacto en ese tiempo.

RESULTADOS:

220 pacientes: edad media 84,6 años, mujeres 66 %. Al alta van a domicilio el 61,8%, a residencia el 38,2%. Estancia media: 14,91 días. Antecedentes: Demencia 61,9% (severa GDS 7: 29,2%). Indice Barthel < 20 al alta: 40,5%. Diagnostico principal: patología cardiorrespiratoria 34,5%, infecciosa: 28,6%, neurológica 19,5%. Promedio de fármacos al ingreso: 7,17, al alta 6.

Llamada telefónica post alta: 74,1 %, no localizados: 25,9%.

Estabilidad del paciente: 69,32%. Resolución de dudas: 33,74 %. Reingreso precoz: 4,9%, fallecimiento precoz: 9,2% (Barthel <20: $p<0,05$).

El EAP tiene el informe de alta: 80,36 %. Contacto con el paciente: 67,48 %.

DISCUSIÓN:

Importancia de dar una información detallada en la planificación al alta de ancianos hospitalizados. Utilidad de una llamada de control telefónico post alta para la resolución de dudas sobre el plan de tratamiento. Necesidad de la visita domiciliaria al anciano frágil dado de alta recientemente. Aplicabilidad: Estrategias de continuidad asistencial que permitan una atención adecuada a una población anciana frágil tras un ingreso hospitalario y aplicación de estándares.

P048.– MEJORA DEL REGISTRO DE CAIDAS DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN FORMULARIO ELECTRÓNICO.

DEL RIO-MORO O, ALARCON-GASCUEÑA P, MATEOS-GRANADOS A, DELGADO-GARCIA A.

COMPLEJO HOSPITALARIO. TOLEDO.

OBJETIVOS:

Evaluar el registro electrónico de las caídas sufridas por los pacientes ingresados en un complejo hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo. Analizados los registros de caídas de pacientes ingresados en el complejo hospitalario con tres centros adscritos desde 01/01/2010 a 31/12/2010. Se compararon con los registros de caídas en formato papel y mixtos (papel y electrónico) de 7 años anteriores. Variables principales: número de caídas, tasa de caídas en mil días de estancia, tasa de lesión tras caída en mil días de estancia, consecuencias de la caída, causas estructurales, motivos generales, motivos personales, paciente acompañado o no. Variables secundarias: sexo, edad, distribución por meses, por turno de trabajo, por centro y por unidad de enfermería. Todas las variables se expresaron en frecuencias y porcentajes. Paquete estadístico utilizado SPSS v14.

RESULTADOS:

Se registraron 159 caídas en el año 2010, la media de registros en los 7 años anteriores fue de 58. La tasa de caídas en mil días de estancia obtenida fue 0,64 y la tasa de lesión tras caída fue de 0,30. El 47% de las caídas no tuvieron consecuencia (ileso) y el 27% sufrió una contusión. Se detectaron dos casos de fractura de cadera como consecuencia de la caída. En el 55% de los casos la causa estructural no estuvo bien definida y en el 14% se achacó a la poca iluminación. Como motivo general la cama con el 37% es el lugar que origina más caídas, seguido del sillón con el 23%. El motivo personal predominante es la inestabilidad motora con el 36% y la desorientación apareció en el 32%. El 64% de los pacientes estaban solos en el momento que sufrieron la caída. El 58% fueron hombres con una edad media de 75 años, el mes de febrero con 19

registros fue en el que se produjeron más caídas. La noche con un 48% fue el turno con más caídas. Se evaluaron 16 unidades en total de las que 4 de ellas eran geriátricas y juntas sumaron 63 registros, lo que supuso el 39% de todas las caídas producidas en el complejo.

DISCUSIÓN:

La utilización de un registro electrónico alienta a los profesionales de enfermería a la hora de registrar las caídas, hay un aumento de los registros desde la utilización del formulario electrónico. Casi en la mitad de las caídas no se produjo lesión, aunque tuvimos dos caídas cuya consecuencia fue la fractura de cadera (indicador centinela para la AHRQ). Las características típicas de las caídas son aquellas producidas desde la cama, por inestabilidad motora del paciente y en el momento de la caída los pacientes se encontraban solos. Las unidades de geriatría es el lugar donde se producen más caídas.

P049.– OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL RÉGIMEN DE VISITAS DE UN HOSPITAL GENERAL.

DEL RIO-MORO O, FERNANDEZ-VILLANUEVA MF, GOMEZ-RUANO MT, UTRILLA-CASTELLANO MJ, DAVOS-JIMENEZ BAZO MR, VILLARTA-HIGUERA EM.

COMPLEJO HOSPITALARIO. TOLEDO.

OBJETIVOS:

Conocer la opinión sobre el régimen de visitas, de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de adultos de un hospital general

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo mediante encuesta anónima y auto cumplimentada de los pacientes ingresados durante 3 o más días en 9 unidades de Hospitalización de adultos (mayores de 16 años) de un hospital general, desde 27/09/2010 a 29/11/2010. Las encuestas eran entregadas por el equipo investigador en diferente unidad a su lugar habitual de trabajo. Se valoraron 13 variables principales relacionadas directamente con el régimen de visitas del centro (10 con respuesta Si/No/Nc, 1 con 5 posibles respuestas (número personas visitan a la vez por paciente), 1 con 8 posibles respuestas (número de personas visitan a la vez por habitación) y 1 valoración global del régimen de visitas (de 0 a 10)), 6 variables secundarias (edad, tiempo ingreso, sexo, tipo habitación, unidad y servicio médico). Se dejó un espacio para comentarios y sugerencias. Las variables principales se distribuyeron por frecuencias y porcentajes, excepto la valoración global que se hizo mediante puntuación máxima, mínima, media, mediana y moda, así también la edad (años) y el tiempo de ingreso (días). El sexo, unidad y servicio se determinó en porcentajes. Tipo de habitación con tres posibilidades: sencilla, doble o triple. Los comentarios y sugerencias se agruparon por categorías y fueron expresados por frecuencia. Paquete estadístico utilizado SPSS v14.

RESULTADOS:

Se obtuvieron y analizaron 383 encuestas. El 61,1% conocían las normas de visitas del centro y al 45,4% de estos les parecían adecuadas. El 28,2% respondieron que

por la noche no debería haber visitas. El 80,9% estaban de acuerdo en que los menores de 12 años no hagan visitas a familiares. Al 55,4% le molesta el ruido que se produce durante la visita. El 38,4% creyó que no se mantenía el derecho a la intimidad durante la visita. El 59,3% conoció información de otros pacientes. El 50,7% le gustaría decidir quien puede visitarle. El 55,9% creyó que no sería adecuado instaurar un sistema controlado (tarjetas). El 35% indicó que 3 personas era el número ideal de personas que podían visitarlo al mismo tiempo. El 85,4% estaban de acuerdo en que estuvieran acompañados en todo momento. Media de la valoración global del régimen de visitas 6,4. 111 pacientes hicieron algún tipo de sugerencia, 27 hacían referencia al excesivo ruido. La edad media fue de 56 años, tiempo de ingreso 10 días de media. 50,8% hombres. 68,1% ocupó habitación doble.

DISCUSIÓN:

La mayor parte de los pacientes conocían el régimen de vistas, estaban de acuerdo en que los menores de 12 no hicieran visitas y querían estar acompañados en todo momento. A más de la mitad de los encuestados les molesta el ruido generado, conocen información de otros pacientes, le gustaría decidir quien le visita y no querían que se instaurara visita controlada. La valoración global del régimen de visitas fue buena.

P050.– IMPLANTACIÓN DEL CHECK-LIST EN LA COLONOSCOPIA PARA LOGRAR UNA MEJORA EN LA CALIDAD ENDOSCÓPICA.

SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F, MARTÍNEZ-OTÓN JA, SEVILLA-CÁCERES L, NAVARRO-GARCÍA I, MORÁN-SÁNCHEZ S.

COMPLEJO HOSPITALARIO AREA II DE SALUD. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

La colonoscopia es una técnica de gran importancia en un Servicio de Aparato Digestivo, ya que permite realizar diagnósticos e intervenciones mínimamente invasivas que antes requerían el empleo de abordajes más agresivos. Debido a ello, la calidad de la colonoscopia es fundamental, por lo que nuestro objetivo es realizar un estudio comparativo de los resultados de la endoscopia digestiva baja en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Complejo Hospitalario Area II de Salud de Cartagena, antes y después de implantar la realización de un check-list o lista de verificación previa a la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Basándonos en el check-list de cirugía, se elaboró una lista de verificación para colonoscopia (LVC) con 15 apartados que evaluaban parámetros relacionados con el paciente, el lugar y el equipo endoscópico. Esta LVC se realizó a los pacientes que iban a someterse a una colonoscopia, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple, durante un periodo de seis meses (comprendido entre junio y diciembre de 2010), y se comparó con un grupo de pacientes sometidos a colonoscopia a los que no se les realizó LVC, valorando tres indicadores: suspensión de la prueba, desarrollo de complicaciones intra y post procedimiento y rentabilidad diagnóstica.

RESULTADOS:

La LVC se aplicó a 400 pacientes sometidos a colonoscopia en el Servicio de Endoscopia Digestiva durante dicho periodo y se comparó con otros 400 pacientes sin LVC. Se observó una disminución de la suspensión de la prueba del 15 al 10% ($P<0.05$) tras cumplimentar la LVC, disminuyó el grado de complicaciones de un 2 a un 0.5% ($p<0.05$) y mejoró la

rentabilidad diagnóstica de la misma de un 76 a un 84% (p estadísticamente no significativa; >0.05).

DISCUSIÓN:

Dados los resultados obtenidos, podemos concluir que la implantación de la LVC produce un menor número de suspensión de pruebas y un menor desarrollo de complicaciones, lo que se traduce en una mejora en la calidad del procedimiento endoscópico en los pacientes que se someten a la misma, lo cual produce un beneficio tanto en el paciente como en el profesional médico que realiza la colonoscopia. Dado que la colonoscopia no es un procedimiento inócuo y exento de riesgos y complicaciones y aunque los resultados obtenidos recomiendan la utilización de la LVC, pensamos que sería aconsejable realizar un nuevo estudio comparativo en un intervalo de tiempo para confirmar dichos datos.

P051.– DIALOGOS CON PACIENTES: LA VISION DEL OTRO

MENOR-RODRIGUEZ MJ, FIUZA-BARREIRO MB, RODRIGUEZ-PEREZ B, GARCIA-CEPEDA B, MARTIN-RODRIGUEZ MD, CARRERAS-VIÑAS M.

SERGAS. SANTIAGO COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

-Mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios-pacientes/ ciudadanos -Mejorar la calidad de la atención sanitaria teniendo en cuenta la voz de nuestros pacientes/ciudadanos -Incrementar los niveles de participación de los pacientes /ciudadanos en sus procesos de salud-enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Las asociaciones contactan con la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos y solicitan intercambiar con los profesionales sanitarios vivencias y experiencias en salud con el fin de mejorar. -Creación de un grupo de trabajo formado por representantes de las asociaciones y profesionales sanitarios expertos en el tema . -Elaboración de un documento informativo de Recomendaciones dirigidos a los profesionales sanitarios. -Planificación y consenso con los gerentes de los centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud y representantes de las asociaciones participantes en los diálogos de un calendario de sesiones. -Realización de las sesiones en las que participan representantes de las asociaciones y profesionales sanitarios que realizan su labor en las áreas relacionadas con el tema a tratar. -Realización de las sesiones en las que participan representantes de las asociaciones y profesionales sanitarios que realizan su labor en las áreas relacionadas con el tema a tratar.

RESULTADOS:

-Los diálogos con Pacientes se iniciaron en Junio de 2010 con el tema : "Recomendaciones para dar la Primera Noticia de Síndrome de Down", celebrándose un total de 14 sesiones clínicas en los distintos centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud en las que participaron un total de 362 profesionales sanitarios. -Durante el primer semestre de 2011, se realiza el segundo Diálogo con pacientes sobre : "Recomendaciones para la atención sanitaria a los pacientes

con trastorno espectro autista y trastornos asociados", llevándose a cabo 15 sesiones clínicas con un total de participación de 559 profesionales sanitarios.

DISCUSIÓN:

Del desarrollo de esta experiencia podemos concluir lo siguiente: -Los profesionales sanitarios y las asociaciones han valorado las sesiones como una oportunidad de mejora. -La creación de foros de debate sobre aspectos particulares o específicos del tema a tratar, mejora la relación entre pacientes- profesionales sanitarios.-Alta satisfacción en todos los participantes en cuanto a la expectativa inicial -La oportunidad de conocer la visión del paciente del sistema sanitario en base a su experiencia ha sido muy bien valorada por los profesionales.

P052.– EFECTOS ADVERSOS E INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN HOSPITAL REGIONAL EN 2010.

RUEDA-DOMINGO MT, RODRIGUEZ-DEL AGUILA MM, FERNÁNDEZ-SIERRA(*) MA, ENRIQUEZ-MAROTO MF, MANZANARES-GALÁN S.

UGC MEDICINA PREVENTIVA. HOSPITAL U. VIRGEN DE NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

Conocer los efectos adversos (EA) e incidentes notificados a través del Sistema de Notificación voluntario y anónimo implantado en el año 2010 en un Hospital Regional, integrado por cuatro centros (HG, HMI, HRT, HSJD).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de EA e incidentes notificados. Las variables de estudio son: -Centro. -Categoría profesional del notificante. -Tipo de EA o incidente. -Gravedad del EA o incidente. -Medida adoptada. Los resultados se expresan en porcentaje para cada categoría.

RESULTADOS:

En el año 2010 a través de este Sistema se notificaron 169 EA y 26 incidentes. El relación con los EA notificados en cada Centro, el mayor porcentaje corresponde al HG (61,5% del total), seguido por HSJD (16%), HMI (13,6%) y HRT (8,9%). Por categorías son los profesionales de enfermería los que notifican el mayor porcentaje de EA (70.3%), seguidos de médicos (21.5%) y supervisores de enfermería (6,3%). Este patrón es idéntico en los 4 Centros, excepto en HRT (las categorías agrupadas en Otro ocupa el tercer lugar). En un 9,35% de las notificaciones no consta este dato. Atendiendo a los tipos más comunes de EA a notificar, el mayor porcentaje corresponde a Traumatismo, accidente o caída (21,3% del total), excepto los agrupados en la categoría Otros EA (40,2%). Les siguen en frecuencia Extravasaciones y Reacciones Adversas Medicamentosas (13,6% y 12,4%, respectivamente). Se declara la gravedad de los EA notificados en el 84,02%. En todo el Hospital 75,4% fueron leves, y 7% severos. Este patrón es similar en 3 Centros, excepto en el HRT que 91,3% fueron leves y no notificaron EA severos. En relación con los Incidentes notificados por Centro, el mayor porcentaje corresponde al HG (38,5%) y HRT (30,8%), seguidos por HMI (26,9%) y

HSJD (3,8%). Son los profesionales de enfermería los que notifican el mayor porcentaje de Incidentes (84%), seguidos por los médicos (16%). Se notificaron dos Extravasaciones como Incidentes y 23 agrupados en la categoría Otro Incidente. En 18 Incidentes notificados se declara la gravedad del mismo. En el conjunto del Hospital el 77,8% se consideraron leves y 22,2% moderados. En 21% de las notificaciones no consta la medida adoptada, y de las adoptadas en 28% es rectificación/devolución de medicación.

DISCUSIÓN:

El centro que aporta el mayor porcentaje de notificaciones de EA e incidentes es el más grande del Hospital (HG). Que los profesionales de enfermería sean los que notifican el mayor porcentaje de EA e Incidentes, puede deberse a los tipos de EA más frecuentemente notificados (Traumatismo, accidente o caída y Extravasaciones). Es significativo que en 9,35% de las notificaciones no consta la categoría del profesional que notifica, a pesar de ser un sistema anónimo. La notificación de incidentes es importante, ya que no produce daños ni pérdidas al paciente aunque podría haberlo producido, pero notificar la gravedad del mismo en un alto porcentaje, sugiere que los profesionales pueden confundir la definición de Incidente y EA.

P053.– MEJORA CONTINUA DEL PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER DE CÉRVIX EN UN HOSPITAL REGIONAL Y ÁREA DE REFERENCIA TRAS IMPLANTACIÓN.

RUEDA-DOMINGO MT, MORALES-TORRES JL, ENRIQUEZ-MAROTO MF, FERNÁNDEZ-SIERRA(*) MA, SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ CM.

UGC MEDICINA PREVENTIVA, HOSPITAL U. VIRGEN NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) Cáncer de Cérvix se implanto en este Hospital Regional y los Distritos Sanitarios de Atención Primaria de referencia en el año 2003. Desde esa fecha el Grupo de Seguimiento y Mejora (GSM) ha mantenido reuniones regulares para abordar las áreas de mejora detectadas. Los objetivos son: 1.Monitorizar los resultados de las Normas de Calidad del PAI. 2.Abordar las áreas de mejora detectadas en el PAI. 3.Adaptar la asistencia a nuevas actualizaciones del PAI.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Anualmente se realiza una monitorización en el Cuadro de Mandos Interniveles de las siguientes Normas de Calidad del PAI Cáncer de Cérvix: Cobertura de pacientes incluidas en el PAI Frotis adecuados para lectura Comunicación de resultados de citología en menos de 1mes Detección de pacientes con SIL de alto grado y colposcopia de confirmación Índice sintético de las Normas de Calidad. - El GSM se reúne regularmente para abordar las áreas de mejora detectadas y adaptar la asistencia a nuevas actualizaciones del PAI, y los acuerdos se reflejan en actas de todas las reuniones mantenidas.

RESULTADOS:

Se ha constatado el cumplimiento, por encima del estándar, en los últimos 5 años para las Normas de Calidad del PAI y el incremento progresivo del resultado en el Índice Sintético (de -27% en 2005 ha pasado a +20% en 2010). En diciembre de 2010 la Consejería de Salud publicó una nueva edición del PAI Cáncer de Cérvix y el GSM en enero de 2011 realiza un nuevo análisis de situación y hace las adaptaciones necesarias, destacándose como principales características de la atención sanitaria actual: -En los dos

últimos años se ha aumentado la captación para cribado citológico del grupo de pacientes entre 40 y 49 años de edad hasta casi un 50% (41- 47%). -Implantación en el Área Hospitalaria de la toma de citología en medio líquido. -Aunque existen anomalías en cuanto a la vía de derivación de pacientes con resultados citológicos patológicos entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), se ha mejorado notablemente. El GSM elabora la Hoja de Ruta de la paciente como documento informativo, incluyendo la identificación de puntos críticos para la seguridad de la paciente. En 2011 se realizará la evaluación de los doce indicadores propuestos en la nueva edición del PAI, de los cuales destaca que seis son indicadores de resultados en salud.

DISCUSIÓN:

El PAI Cáncer de Cérvix inició su implantación en 2003 por lo que está muy consolidado, constatándose en los resultados de las Normas de Calidad la mejora que se ha producido. Se siguen manteniendo las evaluaciones para la mejora continua a través del GSM mediante reuniones anuales regulares, y adaptando las actividades a realizar a lo indicado en la nueva edición publicada por la Consejería de Salud en 2010.

P054.– IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN, COMO CRITERIO DE CALIDAD Y SEGURIDAD, PARA LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

MARCELLÁN-NARROS CA, GÓMEZ-CALATAVA CE, GALLASTEGUI-RUZ DE EGUINO IG, INCHAURZA-HERNÁNDEZ ES, URBINA-AGUIRREBENGOA 0I, GONZÁLEZ-CONE LA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. SAN SEABASTIAN.

OBJETIVOS:

•Dar a conocer al personal del servicio la existencia y finalidad de este tipo de listas. •Realización de la lista de verificación al 100% de los pacientes sometidos a una cardioversión eléctrica •Evitar que se cometan errores durante el proceso asistencial mejorando su calidad global. •Utilización como modelo docente de calidad asistencial ante los médicos residentes contribuyendo a su formación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.Tras revisión de bibliografía existente y tras realizar varias reuniones del grupo de implantación, se realizó el modelo de check list que se adjunta. 2.Se presentó en sesión clínica a los médicos de plantilla del Servicio Urgencias para su valoración y aprobación y posterior difusión. 3.Se presentó y explicó a las enfermeras el método a seguir y la finalidad del mismo. 4.Se decidió comenzar la realización del mismo en el mes de Junio del 2011 5.Los primeros resultados serán analizados en el mes de Septiembre.

RESULTADOS:

Esperamos que en tres meses* la lista de verificación se esté utilizando en al menos el 90% de los pacientes cardiovertidos eléctricamente en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital, con grado de cumplimentación del llenado de la hoja cercano al 100%, lo que sin duda supondrá un importante avance en la seguridad de nuestros pacientes. Esperamos, así mismo, que con ello hayamos contribuido a difundir entre nuestro personal de urgencias y entre los médicos en formación, una cultura de seguridad clínica y de calidad asistencial.

DISCUSIÓN:

La realización de una lista de verificación siguiendo una secuencia de acciones es un método de demostrado valor para mejorar la calidad de un proceso asistencia médico, disminuyendo el número de errores cometido y con ello minimizando el número de eventos adversos. Estas listas pueden ser utilizadas en la práctica diaria en un servicio de urgencias sin menoscabo de la eficiencia asistencial ni ralentización del proceso global. Estas listas son un buen método de aprendizaje de trabajo en grupo y una buena forma de educación sanitaria del médico residente en formación. * Cuando se celebre vuestro congreso ya tendremos analizados los primeros datos.

P055.– ¿DE VERDAD ES ÚTIL LO QUE ESTAMOS HACIENDO?.

CONESA-MORALES AM, MOYA-RUIZ MB, ORTEGA-GONZÁLEZ AM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Con la intención de mejorar el "Protocolo de acogida del paciente" se diseñaron folletos informativos individualizados para cada unidad de hospitalización, lo que supuso una inversión en recursos humanos y materiales. Pero la efectividad de esta medida se pone en duda ante la sospecha, percibida durante la práctica asistencial, del poco interés mostrado por los pacientes ante dicho documento. El trabajo presente tiene como objetivo "comprobar la utilidad del folleto informativo que el personal de enfermería entrega a cada paciente, al ingresar en una unidad de hospitalización".

MATERIAL Y MÉTODOS:

Monitorización de un indicador. - Indicador seleccionado: los pacientes leen el folleto informativo que se les entrega a su ingreso en la unidad por parte del personal de enfermería. - Definición de términos: Leen: que hayan leído totalmente el folleto o hayan consultado alguna información que les interesara. Personal de enfermería: enfermeras y auxiliares de enfermería. -Tipo de indicador: De proceso. - Población a la que se aplica: Pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de 18 camas, de un hospital público de la Región de Murcia. - Fuentes de datos: pregunta directa a los pacientes ingresados. - Estándar o nivel de calidad óptimo AQL: 80%. - Umbral o nivel de calidad límite LQL: 50%. - Error alfa: 5%. - Error beta: 20%. Aplicando las tablas para LQAS adaptadas de Lemeshow obtenemos: - tamaño de muestra 13 - número decisional 8.

RESULTADOS:

Preguntando a 13 pacientes elegidos aleatoriamente, nos encontramos con "dos" cumplimientos. En una segunda medición realizada pasados seis meses de la primera nos encontramos con "cinco" cumplimientos.

DISCUSIÓN:

Los cumplimientos obtenidos en las dos mediciones, claramente inferiores al número decisional, nos indica que existe una situación problemática en términos estrictos de calidad o al menos una realidad que convendría considerar y ante la que, entre otras cosas, podría ser adecuada la realización de un "ciclo de mejora". Por otro lado, no sería difícil la monitorización del mismo indicador en otras unidades de hospitalización lo que podría aportarnos más información al respecto (y posiblemente confirmar lo obtenido en la monitorización que aquí se presenta) para así, plantear o al menos explorar una intervención a nivel general o, incluso la revisión del "Protocolo de acogida".

P056.– NECESIDADES DE INFORMACIÓN FÁRMACO-TERAPÉUTICAS EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN.

CORDERO-CRUZ AM, AGUILELLA-VIZCAÍNO MJ, JIMÉNEZ-CEREZO MJ, FERRARI-PIQUERO JM, HERREROS DE TEJADA-LOPEZ-COTERILLA A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.

OBJETIVOS:

Una correcta información es indispensable para una atención segura al paciente.El objetivo de este estudio es detectar y describir las necesidades de información acerca de los medicamentos por parte del personal médico y de enfermería en las plantas de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo. Se elaboró una encuesta anónima que se distribuyó a todo el personal sanitario incluyendo médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que trabaja en las plantas con sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria en un hospital terciario. La encuesta estaba formada por siete preguntas de las cuales cinco eran de respuesta cerrada y múltiple y dos de respuesta abierta acerca de las siguientes cuestiones: fuente de información empleada en caso de duda sobre medicación; número de llamadas semanales a Farmacia y área; frecuencia de dudas en materia de indicación, posología, forma de administración, interacciones, disponibilidad del medicamento en el hospital, reacciones adversas a medicamentos y de conservación; valoración de la respuesta dada en Farmacia y grupo fármaco-terapéutico más frecuente de consulta. Las respuestas fueron descritas de forma global y por categoría profesional. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa SPSS versión 13.0 estudiándose las diferencias existentes entre los mismos a través de la Chi2 cuadrado de Pearson y de pruebas no paramétricas de comparación de medianas. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos si p-valor fue inferior a 0,05.

RESULTADOS:

Se cumplimentaron un total de 189 encuestas (51 médicos, 81 enfermeros y 57 auxiliares de enfermería). La búsqueda bibliográfica en Internet es la fuente de consulta más

empleada en el caso de los médicos (45%); la consulta a Farmacia es el recurso más empleado por los enfermeros (40,4%) y la consulta a otras personas el más usado por los auxiliares de enfermería (57,5%). De las consultas de los enfermeros a Farmacia el mayor porcentaje corresponde al Área de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (54,0 %), seguido por el de Gestión (18%) y por el Centro de Información de Medicamentos (11,6 %). En el tipo de dudas existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos profesionales, siendo los médicos los que se plantean mayor número de dudas en cuanto a posología (p-valor= 0,005); sin embargo, los enfermeros tienen más dudas en cuanto a la forma de administración (p-valor = 0,01) y las auxiliares en cuanto a la conservación de los medicamentos (p-valor = 0,002).

DISCUSIÓN:

A pesar de que la búsqueda en Internet es una forma habitual de información sobre medicamentos, especialmente entre los médicos, en un porcentaje importante de ocasiones se sigue requiriendo el apoyo informativo del Servicio de Farmacia por parte de los profesionales sanitarios del hospital y particularmente de enfermería, siendo el farmacéutico del Área de dosis unitaria el principal referente para las consultas fármaco-terapéuticas.

P057.– GESTIÓN DE RIESGOS Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

SIMARRO-MIR F, RUIZ-NAVARRO G.

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. VALENCIA.

OBJETIVOS:

En nuestro hospital, se desarrolla un programa específico de seguridad clínica y gestión de riesgos. Este, pretende el logro de una atención de salud libre de daños evitables mediante diversos abordajes. El objetivo del trabajo es dar a conocer la metodología que para el desarrollo de este programa, se está emprendiendo desde el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Partimos de las líneas estratégicas que en SEGURIDAD CLÍNICA se marcaron, y que se basan en: "Practicar una atención a la salud libre de daños evitables. Desarrollando sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas, aumentando la probabilidad de detectarlos y mitigar sus consecuencias." Partiendo de la situación inicial de partida, se realizó un análisis DAFO. Se procedió a la ponderación de las potenciales actuaciones recogidas, así como el posterior establecimiento de las líneas de actuación a seguir. A partir de estas líneas, se establecieron los objetivos estratégicos y operativos de este Plan de Seguridad, priorizándolos en base al impacto en la reducción de los riesgos sobre el paciente valorando la gravedad de los riesgos evitables y su probabilidad de ocurrencia.

RESULTADOS:

1. Hemos logrado concretar las actuaciones del Programa de gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente y convertir las líneas estratégicas marcadas inicialmente en Objetivos estratégicos y Planes de acción: • Objetivo 1: Gestión de la seguridad clínica • Objetivo 2: Gestión de la formación y el conocimiento • Objetivo 3: Gestión de la biotecnología • Objetivo 4: Gestión de las prácticas seguras • Objetivo 5: Gestión de actividades específicas • Objetivo 6: Gestión de la satisfacción del paciente y la seguridad Los planes de acción en que se concretan las actuaciones son un

total de 17. 2. Igualmente se ha determinado el seguimiento y evaluación del Programa: • Seguimiento de indicadores para monitorizar las actuaciones • Auditorías internas • Mejora continua del sistema • Información, formación y participación de profesionales y ciudadanos.

DISCUSIÓN:

Un programa de gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente, es "el conjunto de componentes estructurales (recursos) y de actividades (procesos) que persigue incrementar la seguridad del paciente, minimizando las exposiciones de riesgo, evitando los eventos adversos prevenibles y minimizando el efecto de aquellos que son inevitables". Es fundamental que en su desarrollo se implique la dirección, existan responsables de seguridad, participen los profesionales, se definan actuaciones factibles y se difundan los resultados. Su desarrollo puede constar de las fases que hemos comentado, siendo necesaria una evaluación de resultados y retroalimentación de los mismos en base a los principios de la mejora continua.

P058.– CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BRAQUITERAPIA PROSTATICA.

CASTAÑOS-PAISAN C, FERNANDEZ-ROMÁN C, BENITEZ-NEGRO E, SAN JUAN-ALCALDE S, CASTILLO-CORRALES C, TISCAR-GONZALEZ V.

HOSPITAL DE BASURTO. BILBAO.

OBJETIVOS:

Introducción: La braquiterapia del cáncer de próstata con semillas radiactivas, es una alternativa conservadora para tratar estos tumores cuando están limitados a la glándula. Se trata de una forma de radioterapia, en la que las fuentes radiactivas (semillas) se introducen en la próstata y se dejan permanentemente. Con ello se logra no sólo administrar la dosis de irradiación a la próstata suficiente para anular el crecimiento tumoral, sino también que la dosis que reciben la uretra y los órganos cercanos sea lo más baja posible, limitando o disminuyendo de este modo, las complicaciones post-quirúrgicas.Objetivos: - Creación de un plan de cuidados de enfermería específico a estos pacientes. - Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros gracias a la utilización de la terminología enfermera (NANDA, NIC y NOC). - Conocer la incidencia de la braquiterapia de próstata en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Metodología: - Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo, desde marzo del 2010 a marzo del 2011. Revisión bibliográfica - Se propone un plan de cuidados específico a las necesidades del paciente de braquiterapia.

RESULTADOS:

Se crea un plan de cuidados específico utilizando para ello la nomenclatura NANDA, NIC y NOC: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA 00146 : ANSIEDAD NOC 1402: Control de la ansiedad NIC 5820: Disminución de la ansiedad Se responderá a todas sus dudas con un lenguaje sencillo y claro. NANDA 00085: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA NOC 2101: Dolor; efectos nocivos NOC 1811: Conocimiento; actividad prescrita Administración de analgésicos si precisa NIC 1400: Manejo del dolor NIC 0221: Terapia de ejercicios: deambulación Se retirará sonda vesical y comenzará la movilización al desaparecer el bloqueo motor (post-

anestesia) de las EEII. NANDA 00126: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES NOC 1813:Conocimiento: régimen terapeútico NIC 5602: Enseñanza: proceso de la enfermedad NIC 5616: Enseñanza: medicamentos prescritos NIC 0590: Manejo de la eliminación urinaria Deberá colar la orina. En caso de expulsar alguna semilla, se guardará en un bote plomado que se entregará en el servicio de radioterapia. NIC 7370: Planificación del alta El paciente será dado de alta tras 1ª micción espontánea y buena tolerancia oral.

DISCUSIÓN:

A pesar de una relativa baja incidencia de pacientes de braquiterapia de próstata en nuestra unidad,(en comparación con el resto de patologías), dichos pacientes precisan de unos cuidados específicos por parte del personal de enfermería. La utilización de la terminología enfermera en la elaboración del plan de cuidados nos permite unificar criterios y mejorar la comunicación entre los profesionales favoreciendo, a través del uso de un mismo lenguaje, una mayor seguridad y calidad de los cuidados.

P059.– UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN INFORMATIZADA.

JUNCAL-MENÉNDEZ FJ, MARIÑO-GIL ME, FILGUEIRA-CAPELO MB, CORTEGOSO-CARAMÉ S, FERREIROA-SANCHEZ JL, VAZQUEZ-VIZOSO FL.

COMPLEXO HOSPITALARIO. PONTEVEDRA.

OBJETIVOS:

Gestión de la unidad de esterilización de manera informatizada

MATERIAL Y MÉTODOS:

El hecho de certificar nuestra unidad de esterilización nos hizo decantarnos por un sistema informático (Geasoft®) que facilitara en todo momento los registros de nuestro trabajo diario y garantizara el seguimiento y la trazabilidad del instrumental así como de los controles de autoclaves y lavadoras.

RESULTADOS:

La informatización de la unidad nos ha supuesto poner en marcha una serie de módulos que engloban todos los procedimientos que se llevan a cabo en la unidad. Módulo de entradas con su registro correspondiente; registro de criterios de aceptabilidad; regularización de inventario, y seguimiento de instrumental. Módulo de lavado con registro; incidencias de instrumental; registro de control A0 y de TOSI; de mantenimiento diario de lavadoras y de sus posibles averías. Módulo de empaquetado con registro de empaquetado; y listados informatizados con imágenes de los contenedores de instrumental. Módulo de carga con registro de colocación de control biológico, del Bowie&Dick, de SPE; de averías de autoclaves; de aprovechamiento de volumen de autoclaves e informes para la gestión de la unidad de esterilización. Sistema electrónico de datos en Bowie&Dick y de validación de carga de autoclaves de vapor y de control de A0 de las lavadoras. Módulo de descargas de autoclaves con registro de ciclos no válidos y de simulacros de esporas positivas. Módulo de salidas con registro de ajuste de inventario; de devoluciones de instrumental; de reesterilizaciones, y de salidas.

DISCUSIÓN:

La informatización de la unidad de esterilización nos ha supuesto tener informes de completa trazabilidad del instrumental y acceso inmediato a todos los registros y controles que hacemos diariamente además de facilitar enormemente la labor diaria del personal de nuestra central y el seguimiento de indicadores, y procesos.

P060.– IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE MUTUALIA.

ELORDUY-VADILLO I, ZABALLA- T, ASPETEGIA-BUSTO A, MARTINEZ-VARELA C, CARDEÑOSO- D, AGUIRRE-ZUBILLAGA I.

MUTUALIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

Mutualia es la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 2, perteneciente a Corporación Mutua. Su sistema de gestión se basa en los principios de la Excelencia, de acuerdo al modelo EFQM. La calidad asistencial es un aspecto básico dentro de esta cultura, y por ello Mutualia elaboró un Plan de Seguridad de Pacientes con el horizonte 2008-2011, y constituyó una Unidad de Gestión de Riesgos (UGR) para su implantación. Como parte de este plan, Mutualia ha implantado la estrategia de higiene de manos, que es la primera estrategia puesta en marcha por la OMS dentro de la Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes, con el objetivo último de mejorar la seguridad de las y los pacientes. A continuación explicamos la implantación de esta estrategia en el Servicio de RHB.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para implantar la estrategia de higiene de manos, formado por personal sanitario, y con el apoyo de Organización y Calidad. La primera etapa de la implantación comenzó el 5 de mayo de 2009, haciéndola coincidir con el Día Mundial de la Higiene de Manos, celebrado por la OMS con el lema: "limpiar tus manos salva vidas". La sistemática seguida se basa en el ciclo de mejora PDCA: 1-Planificación: Diagnóstico de la situación. Estudio y selección del producto a utilizar. Realización del diseño de la guía, tríptico y pósters. Diseño de la formación para el personal sanitario. Elaboración de una encuesta Definición de indicadores para evaluar la implantación. 2- Desarrollo: Sensibilización: Difusión de la formación, entrega de guías y trípticos, colocación de pósters. Colocación de dispensadores de hidroalcohol. 3- Comprobación: Análisis de los indicadores. Análisis de la encuesta realizada y de una segunda encuesta para

comprobar el grado de implantación. Comprobar el gasto de consumo de hidrogel / 1.000 estancias y 1.000 consultas Revisar nº de plantilla que ha recibido la formación. 4- Ajuste: revisión y ajuste de la estrategia definida.

RESULTADOS:

Como resultado de este trabajo, se ha elaborado un tríptico sobre la Higiene de Manos y una Guía de Buenas Prácticas, se han elaborado y colocado carteles en nuestras clínicas, se han colocado dispensadores y, lo que es más importante, se ha logrado una mejora del conocimiento y la formación del personal sanitario de Mutualia en Higiene de Manos, a través de cursos específicos.

DISCUSIÓN:

De esta forma, a través de la implantación de la higiene de manos, Mutualia da un paso más en la integración de la cultura de seguridad de pacientes en su actividad sanitaria, asegurando así una atención sanitaria más segura y protegiendo a los y las pacientes de las infecciones evitables.

P061.– EXPERIENCIAS DE PACIENTES RECIBIENDO FISIOTERAPIA EN RÉGIMEN AMBULATORIO QUE AFECTAN A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

MEDINA-MIRAPEIX F, OLIVEIRA-SOUSA SL, SOBRAL-FERREIRA M, ESCOLAR-REINA P, DEL BAÑO-ALEDO ME, NAVARRO-PUJALTE E.

UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Describir la frecuencia con que los pacientes que recibien Fisioterapia en régimen ambulatorio experimentan a lo largo de su proceso de recuperación vivencias que afectan negativamente a su percepción de la experiencia de continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un diseño de encuesta a pacientes recibiendo Fisioterapia en el ámbito de tres centros hospitalarios con servicios de Fisioterapia a pacientes externos y situados en Barcelona, Madrid y Sevilla. Se seleccionaron consecutivamente por parte de los fisioterapeutas del centro todos los pacientes mayores de 18 años y con capacidad para responder un cuestionario. En el reclutamiento, que se realizó a partir de la tercera o cuarta semana de Fisioterapia y durante un periodo de 8 meses, se solicitó consentimiento y se entregó un cuestionario sobre Continuidad validado con preguntas sobre aspectos específicos de la asistencia relacionados con tres tipos de experiencias con la continuidad (informativa, relacional y de la gestión del proceso).

RESULTADOS:

Participaron un total de 218 pacientes (tasa respuesta 84%). Tres ítems, todos relativos a la continuidad de gestión, fueron los más problemáticos: dos relativos a la consistencia entre proveedores -"Pierden sesión debido a revisión médica" (31,2%), "Llegan tarde a la sesión debido al transporte" (26,2%) - y el otro a la flexibilidad -"El tratamiento no se adapta a su dolor" (22,2%). Las experiencias negativas con la continuidad relacional e informativa fueron menos frecuentes.

DISCUSIÓN:

La experiencia de continuidad asistencial supone en general un problema en el contexto del estudio aunque su magnitud varía según el tipo de continuidad. Es poco relevante con respecto a los aspectos de la continuidad informativa, notable en los de continuidad relacional y preocupante en la sincronización de los diferentes servicios ofrecidos al paciente y en la flexibilidad de su plan de cuidados ante los cambios que le suceden. La falta de coordinación entre proveedores intra e inter-servicios es un problema habitual en la literatura, y nuestro estudio evidencia que también se reproduce en los servicios de Fisioterapia.

P062.– USO CORRECTO DE LOS BIOCONECTORES EN LOS ACCESOS VASCULARES: DESARROLLO DE UN CICLO DE MEJORA.

RODRIGUEZ-MONDEJAR JJ, CEVIDANES-LARA MM, GARCÍA-MARTÍNEZ M, MARTÍNEZ-OLIVA JM, HERRERA-ROMERO T, SÁNCHEZ-PAÑOS FJ.

HGU REINA SOFÍA DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La inclusión de un nuevo material para proteger la vía venosa y disminuir la infección nosocomial por vía parenteral, tipo flebitis y/o sepsis secundarias al uso de catéter intravenoso en los pacientes hospitalizados ha generado algunos inconvenientes en su uso adecuado, entendemos que principalmente por falta de conocimientos en su manejo. Una de las medidas recomendadas es el uso adecuado y estandarizado de bioconectores en enfermos portadores de accesos vasculares. El desconocimiento y mal uso de los mismos puede generar su aumento. Objetivos: mejorar el uso y manejo de los bioconectores, y aumentar la cultura de la seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Respecto al ciclo de mejora se caracteriza por fundamentarse en un problema específico, relacionado con el proceso. La posibilidad de cuantificar en un momento determinado (al menos de los déficits de conocimientos sobre el tema y del uso actual que nos parece inadecuado). Accesibilidad y autonomía a los profesionales intervinientes en el proceso. Relevancia alta y coste moderado (o bajo). Está dentro de los objetivos estratégicos del SMS y de nuestra gerencia en una línea de seguridad del paciente. Muestra escogida: todo el personal de Enfermería que presta sus servicios en la UCI (Servicio de Medicina Intensiva) y en la unidad de hospitalización 5ª Dcha-UCE (Unidad de Corta Estancia) del HGURS (Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia). Se realizó Análisis de causas mediante un diagrama de espina de pescado y encuesta de causas, y cuestionario de conocimientos. Procesamiento: Diagrama de Pareto, y para los cuestionarios el pack SPSS v15.

RESULTADOS:

Muestra: 36 enfermeras, edad Media: 36 años. ± 8.2 (26-52), genero: 62,8% mujeres. Experiencia profesional: 13 años, ± 8.1 (4-30), Situación Laboral: 31.4% Fijo; 68% Interino o eventual. Se han medido 5 criterios pre y postintervención consiguiendo la disminución de los incumplimientos en frecuencias absolutas: Cambio del bioconector cada 72 horas de 11 incumplimientos a 7; Higiene de manos previa al manejo del bioconector de 10 a 7; Conocimiento y formación previa de su uso de 10 a 6; tapado, cierre o clampage del bioconector cuando no se utilice de 8 a 6, limpieza del bioconector con alcohol de 70º, clorhexidina o povidona iodada antes de su manipulación de 4 a 2 incumplimientos. Se ha conseguido desarrollar un procedimiento específico que ha ayudado a la mejora y aclarado dudas en el 95%.

DISCUSIÓN:

Se ha mejorado la seguridad del paciente al realizar un procedimiento sobre la manipulación de las conexiones como una de los factores predisponentes más importantes en las sepsis por catéter (según la bibliografía). Se ha disminuido la variabilidad en la práctica clínica sobre este procedimiento, independientemente del servicio donde esté el paciente. Se da un avance en la cultura hacia la seguridad del paciente dentro de nuestra institución, como otro objetivo de interés.

P063.– OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UN HOSPITAL GENERAL.

MARTINEZ-OTON JA, CARRION-GARCIA F, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, SEVILLA-CACERES L, MARTINEZ-GARCIA P, MORAN-SANCHEZ S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Motivados por el afán de mejorar la calidad de la atención al paciente con encefalopatia hepática en nuestro hospital, decidimos realizar este estudio para determinar cómo se utilizan las diferentes opciones farmacológicas como laxantes, antibióticos, nutrición enteral, etc para poder llevar a cabo una intervención informativo-educativa sobre los médicos que atienden esta patología en su actividad clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron de forma retrospectiva 119 episodios de encefalopatia hepática, correspondientes a 87 pacientes que han acudido al H. Universitario Santa María del Rosell. Se seleccionaron pacientes que presentaban como diagnostico al alta encefalopatia hepática, entre enero y diciembre de 2010. Se recogen de forma estandarizada datos demográficos del informe del alta, así como el tratamiento al ingreso tanto en urgencias como en planta para su estudio. Los datos obtenidos se procesan mediante el programa estadístico EPIDAT 3.1.

RESULTADOS:

De los 119 casos de encefalopatia hepática registrados durante el 2010, la causa mas frecuente es el estreñimiento con un 39.50%, seguido de la deshidratación por diuréticos con un 26.05%. La hemorragia digestiva y la infección se posicionan como causas menos frecuentes, suponiendo un 15.13 y un 19.33 respectivamente. Analizando el tratamiento impuesto, identificamos que los laxantes son el tratamiento farmacológico mas usado, seguido de las irrigaciones y el antibiótico. Otros tratamientos, como la albúmina, se usan en casos muy especiales, al igual que la nutrición parenteral.

DISCUSIÓN:

En nuestro medio, el ingreso del paciente con encefalopatia hepática se puede realizar en distintos servicios, lo que deja de forma individualizada al medico responsable la elección del tratamiento. Del estudio, obtenemos que el uso de la farmacopea disponible para el tratamiento de le encefalopatia hepática, se hace de forma irregular, lo que posibilita un campo de actuación importante tanto para la mejora del rendimiento terapéutico como para el rendimiento económico. Finalizado el siglo XX, el panorama de la encefalopatia hepática ofrece elementos positivos como son el mejor conocimiento de su patogénesis y la disponibilidad de nuevas estrategias tanto preventivas como terapéuticas, pero otras negativas en relación con su elevada prevalencia y el fallo en la aplicación práctica de manera homogénea. El manejo clínico de todas sus formas clínicas, pero en especial en los casos mas graves, requiere un mayor cambio, existiendo en la actualidad una importante brecha entre lo que conocemos y nuestras actuaciones. En ello influye la sobresimplificación de algoritmos con fines prácticos, donde en particular se ignoran aspectos etiopatogénicos, la emergencia de nuevos factores de riesgo, la falta de aplicación de todo el conocimiento existente. Es por ello, que en conclusión, consideramos justificado el iniciar un ciclo de mejora, que incluya una intervención formativa para mejorar, que supondría la segunda parte del presente estudio.

P064.– ¿ESTAN NUESTROS SERVICIOS ORIENTADOS A LAS NECESIDADES DE NUESTROS PACIENTES?.

ARMADA-GOMEZ LA, NOGALES-TRULL MN, CERVERA-LOPEZ EC, PONS-COMA JP, GÜELL-UBILLOS JG.

MUTUA UNIVERSAL. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción de pacientes con respecto al servicio asistencial recibido en la red de centros de Mutua Universal. Posteriormente se aprovecha toda la información recopilada para alimentar el proceso de mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad (certificado con la ISO 9.001:2008) implantado en nuestros 113 centros repartidos por todo el territorio nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Con carácter bienal (2004, 2006, 2008 y 2010) se ha solicitado la participación en las encuestas de satisfacción a los pacientes. La escala utilizada ha sido 0-10. La muestra ha sido 4.870 de pacientes, que han sido atendidos en un centro entre septiembre y octubre 2010. Como innovación de esta edición la elaboración del cuestionario han participado la mayoría de las Áreas de Mutua Universal, aportando cada una preguntas relacionadas con sus prestaciones. Por ello, en el 2010 se han ampliado los aspectos evaluados incorporando servicios o atributos como: Pacientes de Contingencia Común (triage) Seguridad del paciente (confianza transmitida y seguridad) Servicio de Trabajo Social Centros hospitalarios (Delfos, Rosario, y los centros intermutuales de Euskadi y de Levante) Conocimiento de Mutua Universal (Servicio Línea 900 y Web pública)

RESULTADOS:

El índice de satisfacción global percibido por nuestros pacientes ha sido de excelente, alcanzando una valoración global de 8.1 sobre 10 (mejorando el 7.9 obtenido en el 2008). Concretamente un 51% de los pacientes entrevistados nos han puntuado entre 9 y 10. Entre los atributos mejor valorados, destacan aspectos claves en una buena asistencia sanitaria; el respeto a la intimidad (8.87), el servicio prestado por el Personal Sanitario (P.Médico:

8.26, P.Enfermería: 8.63 y P. Fisioterapia: 8.92) y por el Administrativo (8.34). Por zonas, destacan los buenos resultados de la Zona 6 (Valencia, Murcia y C. Mancha) y la Zona 3 (Andalucía y Extremadura). Los 5 centros asistenciales con mejor valoración han sido: La Senia, Almería, La Gomera, San Pedro de Alcántara y Badajoz.

DISCUSIÓN:

La difusión de los resultados entre las distintas Áreas, colectivos y foros, ha permitido junto con los resultados obtenidos poder emprender acciones de mejora globales.

P065.– IMPLANTACIÓN DE LA EVALUACION DEL RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.

ARNAU-ALFONSO JJ, CASTILLO-GÓMEZ C, MORENO-JIMÉNEZ MA, MARTÍNEZ-GARCÍA A, MOLINA-NAVARRO MJ.

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. YECLA.

OBJETIVOS:

La desnutrición es la causa más frecuente de aumento de la morbimortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, y afecta de manera muy especial al colectivo de pacientes hospitalizados, donde la incapacidad de ingesta y la enfermedad son comunes. La Sociedad Europea de Patología Endocrinológica y Nutricional (ESPEN), basándose en la interpretación de diferentes ensayos clínicos controlados y aleatorizados, propone la Nutricional Risk Screening (NRS-2002) como escala de evaluación en el medio hospitalario. 1.-Implantación de la evaluación del riesgo nutricional en pacientes quirúrgicos 2.-Identificar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a fin de instaurar lo antes posible un soporte nutricional adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Febrero 2010: Reunión grupo regional nutrición: se propone la NRS-2002 como escala de evaluación y como pacientes diana: C M abdominal (esófago, colon y estomago), programados y sin restricción de edad Marzo 2010: Reunión de la unidad de calidad: se decide añadir como pacientes diana los ingresos con diagnóstico de “Fractura de Cadera” por la baja incidencia de los pacientes de C M Abdominal Abril/Mayo 2010: Incorporación de la escala al aplicativo de gestión de cuidados (GACELA), Septiembre/ Octubre: Reuniones con el personal de enfermería de la unidad quirúrgica, con el objetivo de explicar la cumplimentación de la escala y los pacientes diana A partir del día 1 de Octubre de 2010 implantación de la escala.

RESULTADOS:

Hemos realizado mediciones transversales de un día a la semana durante los meses de Noviembre/2010 y Febrero/2011 para evaluar el grado de cumplimentación de la escala con resultados del 80% y 73% respectivamente.

DISCUSIÓN:

Dentro de la asistencia integral de enfermería es importante identificar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a fin de instaurar lo antes posible un soporte nutricional adecuado, pues la desnutrición es un indicador de mal pronóstico al aumentar las complicaciones postoperatorias, la tasa de mortalidad, la estancia hospitalaria y el índice de reingresos. Dada la baja incidencia de ingresos de pacientes diana, consideramos que el grado de cumplimentación de la escala en nuestro hospital, aunque es bueno presenta posibilidades de mejora.

P066.– INCIDENCIA DE EMBARAZOS POR FECUNDACION IN VITRO CON INYECCION INTRA CITOPASMATICA DE ESPERMATOZOIDES.

GOMEZ-FERNANDEZ C, GARCIA-OREA-ALVAREZ M, MANGANO-ARMADA A, BENITEZ-RUIZ L.

HOSPITAL UNIVAESITARIO PUERTA DEL MAR. CADIZ.

OBJETIVOS:

Conocer la experiencia clínica en la primera serie de ciclos de fecundación in vitro- inyección intracitoplasmática de espermatozoides (FIV-ICSI)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo. Periodo de estudio: Agosto 2009 a Diciembre 2010. Ámbito: Una Unidad de Reproducción Asistida de un hospital de universitario de referencia. Protocolo: Estimulación ovárica controlada con protocolos convencionales (largo o corto) con análogos/ antagonistas de la GnRh, gonadotrofinas recombinantes, monitorización de respuesta ovárica mediante ecografía transvaginal, punción folicular efectuada tras 36 horas después de la administración de la Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) y refuerzo de la fase lútea. Confirmación de embarazo mediante ecografía a partir de la 6ª semana.

RESULTADOS:

Se estudiaron 461 ciclos de (FIV-ICSI) con óvulos propios de la paciente: 328 Transferencias totales (70,58% ciclos transferidos), ,411 punciones totales (88,76% ciclos puncionados), 117 embarazos totales con una tasa de embarazo por transferencia de 34.78% y una tasa de recién nacidos vivos de 25,6%, sin contar los que nazcan durante el año 2011.

DISCUSIÓN:

La aplicación en nuestra unidad del protocolo de (FIV-ICSI) ha hecho que tengamos .unos resultados que demuestran que nuestra metodología de trabajo es adecuada.

P067.– DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA ¿UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DE PACIENTE?.

SOUZA-OLIVEIRA AC, FLORES-MARTIN JA, DIAZ-MARTINEZ AM, ALARCON-MARTINEZ MJ, PARDO-GONZALEZ E, MORENO-SANCHEZ MD.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENORI. SAN JAVIER.

OBJETIVOS:

Objetivo: Describir la cultura de seguridad del personal de enfermería respecto a los aspectos relacionados a la dotación de personal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se tomó como referencia para la realización del estudio la red de hospitales públicos del SNS Español, con una muestra aleatoria de 26 hospitales estratificada por tamaño de hospital. Participaron todos los profesionales de enfermería con vínculo contractual (fijo/interino) adscritos en cualquiera de los servicios del hospital que aceptara participar del estudio. El instrumento utilizado fue la versión española adaptada del "Hospital Survey on Patient Safety Culture", donde se incluye cuatro ítems sobre la dotación de personal. El análisis se realizó a partir del cálculo del porcentaje relativo de las respuestas consideradas negativas para cada uno de los ítems.

RESULTADOS:

Contestaron un total de 38,4 % de enfermeros. Todos los ítems presentaron un alto porcentaje de respuestas negativas. Tres de los cuatro ítems obtuvieron un porcentaje de respuestas negativas superior al cincuenta por ciento: "a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora" con un73%; "Trabajamos bajo presión para realizar demasiado cosas demasiada prisa" con un 65,7% y "Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo" con un 63,3%.

DISCUSIÓN:

Los resultados demuestran que los profesionales de enfermería perciben la dotación de personal como un problema para la seguridad del paciente. Todos los aspectos valorados son relativos a aspectos organizativos, y por lo

tanto susceptibles de mejora. Intervenciones de mejora deben ser dirigidas para aumentar la cultura de seguridad en los profesionales de enfermería y la racionalidad de la dotación de personal donde se percibe que generan importantes problemas de seguridad.

P068.– AUTOEVALUACIÓN EFQM DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR).

GRANDE-ARNESTO M, LLORENTE-PARRADO C, CALAHORRA-FERNÁNDEZ L.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. CIUDAD REAL.

OBJETIVOS:

El HGUCR ha desarrollado su actividad de acuerdo a un plan de gestión estratégica entre los años 2008 y 2010. De acuerdo con lo planificado en dicho plan, se realiza una evaluación del sistema de gestión de la calidad del hospital mediante la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia con los siguientes objetivos: 1. Identificar puntos fuertes en la Organización. 2. Definir propuestas para las áreas de mejora detectadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proceso se ha llevado a cabo en 3 fases coordinadas por la Unidad de Calidad: 1. Presentación y formación. 2. Autoevaluación. Cada miembro evalúa individualmente el cuestionario de acuerdo a una escala de 5 categorías. Después de recopilar las puntuaciones, se realiza una reunión de consenso donde se matizarán las puntuaciones en las que se hayan detectado más discrepancias, para así lograr una evaluación grupal. 3. Propuestas de mejora. Cada miembro integrante del grupo aporta de forma individual propuestas para la mejora de estas áreas débiles detectadas en la fase de autoevaluación. En la reunión de grupo, los miembros del grupo evaluador priorizan estas propuestas mediante un sistema de votación simple.

RESULTADOS:

La autoevaluación se desarrolla en un plazo de 6 meses (julio-diciembre de 2010). En ella, han participado 93 profesionales de diferentes ámbitos y divisiones profesionales, distribuidos en 9 grupos para la evaluación de cada uno de los criterios del modelo. Se logra una puntuación global de 451,87 puntos sobre 1000. Para las áreas de mejora detectadas, se seleccionan 62 propuestas por su mayor relevancia y aplicabilidad organizadas de acuerdo a los siguientes ejes transversales: clientes, comunicación, conocimiento, creatividad e innovación, entorno, gobierno/ gestión de la organización, metodología

de procesos, personas, proveedores/ aliados, responsabilidad social y sostenibilidad. Estos resultados se difunden a través de la página web del hospital: www.hgucr.es.

DISCUSIÓN:

La metodología utilizada ha tenido fortalezas y debilidades: -Logros. Las puntuaciones de los criterios agentes están alineadas con las de los criterios resultados. Además, se generan propuestas comunes entre diferentes grupos evaluadores. Ambos aspectos demuestran la coherencia de la metodología utilizada. -Dificultades. Aunque se ha empleado un modelo adaptado y utilizado con anterioridad en el ámbito sanitario, detectamos cierta dificultad para la interpretación de la terminología utilizada. -Propuesta de mejora. Desarrollo y validación de un nuevo modelo de autoevaluación siguiendo las premisas marcadas en el modelo EFQM revisado en 2010. La evaluación alcanzada, situaría al hospital en un nivel de reconocimiento o sello de plata, otorgado por diferentes clubes de excelencia. Sin embargo, lo más importante del proceso, no es tanto la puntuación en sí como las áreas de mejora detectadas y propuestas realizadas. Ambas, constituyen una fuente de información relevante para la definición de planes y objetivos para los próximos años.

P069.– GESTIÓN POR COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS. SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL COMO META.

PAZOS-JARDON C, MUÑOZ-MELLA M, GROBA-PEREZ F.

HOSPITAL POVISA. VIGO.

OBJETIVOS:

Diseño de un mapa competencial que defina las aptitudes y actitudes del profesional de enfermería que desarrolla o que puede llegar a desarrollar su actividad en la Unidad de Críticos. Se delimita, de una forma general inicialmente y de forma individualizada a continuación, cuál ha de ser el trayecto a seguir hasta admitir competencialmente al profesional para lograr un desempeño seguro y óptimo en este área de máximo riesgo. Todo ello se enmarca en un plan de seguridad asistencial que abarca a todo el hospital pero que tiene especial repercusión sobre la Unidad de Críticos dada la elevada complejidad asistencial que implica la asistencia del paciente subsidiario de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.Se procede en una fase inicial a una revisión de los criterios competenciales ya existentes en el centro para la configuración de la plantilla tanto fija como eventual que desarrolla su labor en este área. 2.Tras una exhaustiva revisión de los mapas ya existentes para áreas de las mismas características o similares se procede a la configuración de uno propio ajustado tanto en planteamiento como en desarrollo al plan estratégico del hospital siguiendo las directrices de la Joint Comission. 3.Tras este diseño se dibuja el mapa competencial sobre la plantilla estructural de la unidad así como sobre los profesionales que ejercen su actividad de forma eventual en la misma. 4.Sobre este último grupo se establece un plan de acción personalizado que busca lograr la competencia plena en un tiempo preestablecido. 5.Con los profesionales de nueva incorporación que optan a desarrollar su actividad en esta unidad se planifica un plan de acción individualizado y estructurado paralelo al mapa competencial que abarca: tutorías personalizadas y la incorporación gradual del profesional en cuanto a autonomía, complejidad y turnicidad

a la actividad plena de la unidad. 6.Paralelamente, como opción más segura a la eventualidad inmediata no planificable, se diseña un mapa de referentes con competencias medias que podrían desarrollar su actividad en esta unidad.

RESULTADOS:

Se podrían agrupar en dos tipos: • Los que repercuten directamente sobre el paciente y que suponen una disminución del riesgo de padecer deficiencias asistenciales y Eventos Adversos directamente vinculados a la actividad asistencial de un profesional competencialmente inadecuado. • Los que objetivan a la organización como un Hospital que establece, exige y prioriza la competencia profesional sobre cualquier otro modelo de gestión de personal para un área de máximo riesgo.

DISCUSIÓN:

Este proceso se convierte en el gran catalizador de la filosofía de gestión de personal realizada en nuestro hospital, no sólo para la Unidad de Críticos sino para todas las áreas asistenciales. El máximo impacto se evidencia en esta unidad debido a la máxima vinculación que existe entre la competencia profesional del equipo de enfermería y el alto grado de calidad y seguridad asistencial esperado y obtenido con este plan de actuación.

P070.– IMPORTANCIA DE UN SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO EN LA PUERTA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.

FERNANDEZ-RUFETE-MUÑOZ MC, CAMPOS-ARRONIZ A, DIAZ-GAZQUEZ E, GUERRERO-HERNANDEZ J, NAVARRO-GARCIA I, TOMAS-LOPEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MENDEZ. LORCA.

OBJETIVOS:

Demostrar que la comunicación con los usuarios sobre la gestión de la atención, es efectiva para la disminución de las reclamaciones. Debido a la gran presión asistencial en la puerta de urgencias de nuestro hospital, con una media de 200 pacientes diarios y una estancia media de unas 4 horas, se detecta la necesidad de crear un Servicio de Atención al Usuario de Urgencias., integrado por un equipo de personas con formación especifica. Pretendemos que durante el tiempo que un paciente permanezca en el servicio de urgencias, este y sus familiares, encuentren el apoyo y la información necesaria en cada momento. Detectar situaciones de conflicto y gestionarlas de forma proactiva utilizando todos los recursos disponiblesamaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo reteospectivo de los datos recogidos por el personal del SAU de Urgencias a lo largo del año 2010, comparándolos con los recogidos del año 2009 cuando aún no existía dicho servicio. Variables recogidas: número de urgencias que acuden a nuestro centro, la actividad desarrollada por el SAU-URG/ nº de intervenciones y motivos principales y la evaluación de la mejora: disminución absoluta y relativa en el nº de reclamaciones escritas como indicadores del impacto de este servicio.

RESULTADOS:

Total de urgencias atendidas en 2009: 76.969 Por meses 7.374; 5.956; 6.471; 6.120; 6.424; 6.084; 6.448; 6.617; 5.487; 6.504; 6.936; 6.188 Total de urgencias atendidas en 2010: 71.317 Por meses: 6.067; 5.627; 5.901; 5.901; 6.254; 5.641; 5.938:6.176:5.694; 6.084; 5.789; 6.245 Nº Total de intervenciones del personal del SAU de Urgencias en el año 2010: 19.016. Por meses: 1.698; 1.408; 1.527; 1.539; 1.411; 1.495; 1.680; 1.614; 1.691; 1.681; 1.591;

1.681 Motivos: >Demoras: Atención médica: 4.257; Atención de enfermaría: 204; Pruebas complementarias: radiología: 270; laboratorio: 176; Ingreso: 207; Atención de especialistas: 758; >Información: 10.442 >Otros: 2.697 Criterios de evaluación: Reclamaciones escritas a urgencias: Año 2009: 133, destacando: Demora en la prestación de servicio: 61 Educación, cortesía: 27 Disconformidad con el resultado asistencial: 23 Año 2010: 48, destacando: Demora en la prestación de servicio: 16 Educación, cortesía: 10 Disconformidad con el resultado asistencial: 6 Mejora absoluta: Hemos podido constatar una mejora del 43,61% Mejora ajustada por población atendida: En 2009: 1,73 ‰ reclamaciones/pacientes atendidos En 2010: o, 67‰ reclamaciones/pacientes atendidos Siendo la mejora: 1,6‰ reclamaciones menos. P< 0,001.

DISCUSIÓN:

Queda demostrado con este estudio la importancia, eficacia y necesidad de un servicio de Atención al Usuario en la puerta de Urgencias de nuestro hospital. Ya que la calidad asistencial y satisfacción del usuario, se refleja en la disminución del número de reclamaciones escritas con respecto al año anterior a la puesta en marcha del servicio.

P071.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HOJA DE VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA EN UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL H.U.V. ARRIXACA.

HELLIN-GIL MF, PIQUERAS-CARRILLO MT, POLO-QUILES MP, GÓMEZ-FRANCO M, PORTO-GALLEGO MT, ALONSO-BLANCO F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. EL PALMAR (MURCIA).

OBJETIVOS:

En el protocolo de preparación quirúrgica se encuentra como actividad destacada a realizar por enfermería la cumplimentación de la hoja de valoración prequirúrgica a todo paciente que va a ser intervenido. En esta hoja, además de la valoración del paciente, también se registra su medicación habitual y prequirúrgica, la preparación antes del quirófano y la realización del preoperatorio, todo verificado por la firma del personal de enfermería que lo atiende en cada uno de los turnos previos a la intervención. En la Unidad de Hospitalización de Traumatología del H.U.V. Arrixaca se han detectado deficiencias en el registro y cumplimentación de esta hoja, que conllevan a una incorrecta preparación y déficit en la seguridad de los pacientes de traumatología que van a ser intervenidos. Con el objetivo de mejorar el registro de esta hoja y en consecuencia la calidad en la asistencia prequirúrgica de estos pacientes se realiza un ciclo de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras analizar las causas se establecen 7 criterios relacionados con el adecuado registro de la hoja de valoración prequirúrgica: presencia de dicha hoja, correcta identificación, adecuado registro de constantes y pruebas preoperatorias, preparación prequirúrgica, valoración y firma del personal de enfermería. La dimensión estudiada para todos es la calidad científico-técnica. El marco muestral son los pacientes ingresados para cirugía programada traumatológica, obteniendo datos mediante muestreo aleatorio simple retrospectivo tras la localización y revisión de la hoja de valoración prequirúrgica en las historias antiguas de enero a marzo 2010 para la 1ª evaluación, y septiembre a noviembre 2010 para la 2ª evaluación, facilitadas por el servicio de Archivos previo listado obtenido

en la secretaria. El período a evaluar comprende desde el ingreso hasta el traslado al quirófano. Las medidas correctoras aplicadas se concentraron en reuniones informativas al personal de enfermería de la unidad insistiendo en el cumplimiento y difusión del protocolo de ingreso del paciente quirúrgico, y la comprobación por la supervisora de todas las historias antes de la intervención.

RESULTADOS:

Con el ciclo de mejora se ha conseguido que el 100% de los pacientes que van a ser intervenidos en traumatología incluyan en su historia la hoja de valoración prequirúrgica correctamente identificada, el 98,30% tienen registradas las pruebas preoperatorias y la valoración de enfermería, y el 85% la preparación quirúrgica. En cuanto al registro de constantes y firmas del personal de enfermería, aunque son los criterios con menor cumplimiento también han experimentado un aumento del mismo hasta el 63,3%.

DISCUSIÓN:

Estos resultados revelan un aumento en el registro adecuado de la hoja de valoración prequirúrgica por el personal de enfermería de la Unidad de Traumatología, que se traduce en una mejora de la calidad en la asistencia y seguridad del paciente traumatológico previa a la intervención quirúrgica.

P072.– EVALUACIÓN DE LA CALIDAD FORMAL DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ÁREA DE SALUD

LOPEZ-PICAZO-FERRER JJ, TOMAS-GARCÍA N, ROJAS-NOLASCO R, ALCARAZ-QUIÑONERO M.

AREA 1 MURCIA-OESTE HOSPITAL UNIV. V. ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La evaluación de la calidad formal de los modelos de consentimiento informado (CI) es una iniciativa de nuestra Consejería de Sanidad a raíz de la necesidad de adecuar los modelos en uso a la legislación vigente. Para ello elaboró 20 criterios de calidad los que se propuso evaluar 19. Nuestro trabajo pretende comprobar la calidad formal de los modelos de CI en un área de salud utilizando estos criterios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se solicitó los modelos de CI en vigor a los diferentes servicios. Una vez recibidos, y para asegurar la fiabilidad, se entrenó a 2 evaluadores y se evalúo el índice de concordancia general y el índice kappa en una muestra de 30 modelos de CI elegidos al azar. Los criterios que mostraron una concordancia general inferior al 95% o kappa inferior a 0,4 fueron revisados y consensuados por los evaluadores. La totalidad de modelos de CI recibidos fueron asignados aleatoriamente e uno u otro de los evaluadores para cumplimiento de los 19 criterios.

RESULTADOS:

6 (32%) criterios no reunieron el nivel inicial de fiabilidad establecido y fueron revisados por los evaluadores.

Se solicitaron los documentos de CI a 41 servicios (incluido atención primaria) y se recibieron un total de 469 CI, 25 de ellos duplicados, lo que supone un total de 444 documentos válidos. La media de documentos recibidos por servicio se situó en 10,8 y la mediana en 5. No se recibió ningún modelo de CI desde 10 servicios del hospital (24,4%).

Se han encontrado una media de 7,2 y una mediana de 7 defectos/CI (criterios incumplidos). Ningún documento alcanzó la total conformidad (0 defectos). La distribución

media de defectos por documento es heterogénea, y oscila entre los 15,3 y los 4,3 defectos/CI.

Los 5 defectos más frecuentes representan el 58% del total. Hacían referencia a "aparición contraindicaciones" (13%), "constancia en el documento de que al paciente se le ha hecho entrega de una copia" (13%), "aparición de las consecuencias relevantes" (12%), "aparición de la finalidad del procedimiento" (11%), y "existencia de espacios para el nombre, apellidos, número de colegiado y firma del médico" (8%). En 11 criterios, los defectos afectaban a menos del 5% de los modelos de CI.

DISCUSIÓN:

Por su utilización y repercusiones, la calidad formal de los documentos de CI en vigor en nuestra área representa un área de mejora sobre la que debe intervenirse. Esta intervención debe pasar por (1) implantar un modelo unificado de CI que garantice su calidad formal, (2) Crear un sistema de acreditación y mantenimiento de los CI en vigor, y, (3) tener disponibles los documentos de CI en la historia clínica electrónica.

No debemos olvidar que la mejora estructural que supone contar con CI que cumplan estos criterios formales no garantiza que el proceso de información/consentimiento que éstos soportan se realice adecuadamente, por lo que es oportuno plantear además estrategias de medición y mejora del proceso (por ejemplo, a través de informes de usuario en las encuestas de calidad percibida).

P073.– EL PROCESO CÓLICO NEFRÍTICO.

BUSCA-OSTOLAZA P, PRECIADO-BARAHONA M, ZABALA-AIZPURUA E, ORTIZ-VILLACIAN E, CANCIO-FANLO M, ALBA-CORIA L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. SAN SEABASTIAN.

OBJETIVOS:

Desarrollo e implantación del proceso cólico nefrítico en un Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Formación de un grupo multidisciplinara para la elaboración del proceso del cólico nefrítico. Revisión de la evidencia científica y de nuestra experiencia a lo largo de los últimos siete años. Elaboración de la ficha de proceso (misión, alcance, clientes, proveedores, aliados e indicadores. Diseño del mapa de proceso. Identificación de puntos clave para la mejora. Monitorización de indicadores de los últimos 7 años. Mejoras implantadas.

RESULTADOS:

La identificación de todos los pasos del proceso ha permitido detectar los puntos claves del mismo y en base a nuestra experiencia con 11.495 pacientes con cólico nefrítico y a la revisión de la bibliografía aportada han sido: Número de prioridades 1 y 2 en el triaje (< 30%) – Aplicación de la escala de dolor (>90%) – Realización de radiología simple (< 80%) – Realización de interconsultas con urología (<15%) Necesidad de ingreso (< 20%) – Tratamiento según protocolo (>90%) – Estancia en Urgencias < 5 h salvo los ingresos en observación (>90%) - Reatenciones (<7%). Ha sido necesario actualizar y poner en común tanto la asignación de prioridades como las ordenes de tratamiento actualizando el protocolo hasta la actualidad vigente en el Servicio.

DISCUSIÓN:

La elaboración y diseño del proceso nos permite tenerlo bajo control así como detectar los puntos clave del mismo y ordenar y actualizar las acciones para un mejor atención del mismo.

P074.– IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA POR UN GRUPO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS.

GÓMEZ-MARTÍNEZ R, SERNA-GONZALEZ N, SÁNCHEZ-VERDEJO A, MENA-MARTÍNEZ MI, CERVANTES-MARTÍNEZ MD, GARCÍA-CLEMENTE MJ.

HGU REINA SOFÍA DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Es conocido que en los ciclos de mejora el primer aspecto es escoger cual es de todas las oportunidades de mejora la más idónea y oportuna. Este trabajo tiene como objetivo mostrar la metodología seguida por un grupo de auxiliares de enfermería que a nivel debutante que lo están desarrollando en una unidad de cuidados intensivos

MATERIAL Y MÉTODOS:

Grupo de 6 auxiliares de enfermería, 5 del servicio de UCI y 1 del la unidad de reanimación. Lugar: un hospital general universitario de Murcia. Desarrollo: se establece una fase de identificación y priorización de un ciclo de mejora donde se aplican los conocimientos adquiridos en un curso de metodología de evaluación de la calidad y elaboración de ciclos de mejora. Primera vez que se abre este curso al colectivo de auxiliares, y participan de forma activa, con apoyo de un tutor. Destacar que se realizó una encuesta de causas que se procesó con SPSS v.15, realizando estudio de frecuencias y porcentajes. Como herramientas específicas se implementa diagrama de causa efecto, y diagrama de fuerzas.

RESULTADOS:

Se recogieron 5 temas de partida, que tras la aplicación de las herramientas descritas en la metodología concluyeron en escoger como tema: la limpieza del box del paciente de UCI al alta. Se midieron 6 criterios en 41 boxes de UCI. Resultados de la 1ª evaluación de los tres primeros en incumplimientos. C4 Todos los complementos de monitorización del enfermo (maguito TA, latiguillos ECG, cable de pulsioxímetro) han sido limpiados y desinfectados: 15 (33%) incumplimientos. C3 Los utensilios del paciente (palangana, cuña, botella) han sido limpiados y desinfectados, y guardados individualmente: 10 (22%), C5

El material de oxigenoterapia (mascarillas, gafas nasales, respirador manual, humidificador), junto con el material de aspiración (receptáculo, su bolsa de recogida, tubo bulbo, sondas de aspiración) han sido retirados y repuestos: 6 (13%), C6 Ha sido repuesto otro material de higiene básico: guantes, jabón, papel de manos, desinfectantes (solución alcohólica, povidona o similar), en la zona del lavabo del box: 6 (13%).

DISCUSIÓN:

Las auxiliares de enfermería pueden y deben participar en el desarrollo de ciclos de mejora en actividades propias dentro de la actuación clínica. El reto de incluirlas en cursos de este tipo ha obtenido su respuesta y abre nuevas posibilidades al grupo profesional. El ciclo de mejora debe completarse para ser totalmente eficaz aunque ya ha generado actitudes positivas en el servicio.

P075.– EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GETIÓN CLINICA.

ENRIQUEZ-MAROTO MF, FERNÁNDEZ*-SIERRA* MA, MANZANARES-GALÁN S, SKODOVA- M, MORALES-TORRES JL, RUEDA-DOMINGO MT.

UGC MEDICINA PREVENTIVA,V Y PS. H U VIRGEN NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

Evaluar de forma conjunta el grado de cumplimiento de los criterios de calidad del programa de acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), en tres proyectos de acreditación simultáneos desarrollados en un hospital regional, con el propósito de identificar criterios de mejora a nivel de centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El Programa de Acreditación de UGC de la ACSA (ME 5 1_03) se estructura en 11 criterios o dimensiones de calidad que contemplan 112 estándares. En 2010 tres UGC han sido acreditatas por la ACSA en el nivel de acreditación avanzada. El nivel de cumplimiento de los estándares grupo I (exigidos para el nivel de acreditación avanzado) en los 11 criterios de calidad en las tres UGC acreditadas, se ha medido con el indicador: estándares grupo I cumplidos en cada uno de los criterios /estándares grupo I del criterio en estudio *100.

RESULTADOS:

Los 5 criterios que consiguen mejores resultados en las tres UGC evaluadas con porcentajes de cumplimiento de estándares grupo I superiores al 70% son: 1- Usuarios: Satisfacción, participación y derechos, 2- Accesibilidad y continuidad de la asistencia, 3- Documentación clínica, 6- Dirección de la Unidad de Gestión Clínica, 9- Sistemas de información y tecnologías de la información, 11- Resultados de la Unidad de Gestión clínica. El único criterio en el que existe un 100% de cumplimiento de estándares para las tres UGC es el 2. Accesibilidad y continuidad de la asistencia, estándares relacionados entre otros, con la difusión de la cartera de servicios, la accesibilidad horaria o la optimización de los tiempos de respuesta asistencial. En

segundo lugar, los criterios en los que al menos dos UGC consiguen el 100% de cumplimiento son el Criterio 1. Satisfacción, participación y derechos, y el Criterio 9. Sistemas de información y tecnologías de la información, cuyos estándares evalúan cómo se cumple con la carta de derechos y deberes de pacientes, con el derecho a la información, a la intimidad, participación en decisiones clínicas, consentimiento informado, necesidades de información de los usuarios y profesionales, entre otros. En sentido opuesto, los criterios en los que las tres UGC obtienen un porcentaje más bajo de cumplimiento, inferior al 50% son el 4. Gestión por Procesos asistenciales, seguido del 7. Profesionales, desarrollo profesional y formación.

DISCUSIÓN:

La evaluación conjunta de los tres proyectos de acreditación ha sido una oportunidad que ha permitido identificar que los estándares menos desarrollados en gestión clínica parecen situarse en el ámbito de la gestión por procesos asistenciales integrados y los planes de desarrollo profesional, y probablemente de esta forma, sean áreas de mejora a trabajar con el resto de UGC del hospital preparándolas a su vez para futuros procesos de Acreditación.

P076.– MEJORAS EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SERVICIO GALLEGO DE SALUD.

GRAÑA-GARRIDO MI, DE LA PEÑA-CRISTIA MM.

SERGAS. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Conocer la casuística real de los casos de violencia de género en nuestra CCAA Desarrollo del aplicativo informático en IANUS Registrar los casos de violencia de género en el aplicativo IANUS episodio CIAP Z25 Cubrir el informe de Parte de lesiones en el episodio clínico CIAP Z25 de la mujer Eliminación de los partes de lesiones en Formato papel. Desarrollo de la interface de comunicación del parte de lesiones con la Administración de Justicia

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación al Grupo de Trabajo de Violencia de Género y Salud de la aplicación informática, uso y manejo. Talleres de implantación de la Guía Técnica de Violencia de Género y manejo de IANUS a los y las profesionales del SERGAS.

RESULTADOS:

23 Ediciones formativas 426 Profesionales asistentes de diversas disciplinas Sensibilización de los profesionales en V.G. y reconocimiento de ésta como un problema de salud Detección de casos antes no conocidos y su registro en la historia clínica de la mujer, con posibilidad de consulta por otros profesionales que asistan a la mujer.

DISCUSIÓN:

El reconocimiento de los episodios de violencia de género, por parte de los y las profesionales del SERGAS, permite avanzar en la salud de las mujeres. La disponibilidad de herramientas informáticas facilita los registros y la comunicación entre los niveles asistenciales, posibilitando el conocimiento real de la salud de las mujeres que se encuentran en situación de violencia de género.

P077.– CUADRO DE MANDOS DE INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

ENRIQUEZ-MAROTO MF, MORALES-TORRES JL, VELASCO-RODRIGUEZ MJ, RUEDA-DOMINGO MT, SKODOVA- M, FERNANDEZ-SIERRA* MA.

U CALIDAD. UGC M PREVENTIVA,V PS. H U VIRGEN NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

Desarrollar un Cuadro de Mandos de Indicadores de Gestión de la casuística, calidad y seguridad del paciente explotados del CMBD (conjunto mínimo básico de datos), que permita monitorizar y ofrecer a las Unidades de Gestión Clínica de forma resumida y ágil, parte del conocimiento necesario para realizar una gestión clínica efectiva y eficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se constituyó en 2009 un Grupo de Trabajo de profesionales de la Unidad de Calidad que priorizaron indicadores de utilidad para la gestión clínica, utilizando como fuente de información el CMBD de hospitalización. El Cuadro de Mandos se diseñó en soporte Excel siguiendo la siguiente estructura: a) Indicadores de gestión y calidad, b) Indicadores de casuística GRDs, c) Indicadores de seguridad del paciente.

RESULTADOS:

Se ha realizado en el año 2009 y 2010 para 36 servicios al alta CMBD, la elaboración y difusión del Cuadro de Mandos como herramienta de monitorización de indicadores de gestión de la casuística y calidad, con una periodicidad trimestral, semestral y anual. Se han priorizado los siguientes 15 Indicadores de gestión y calidad : Total de altas, Peso medio de los GRDs, Promedio de diagnósticos por informe de alta, Total de GRDs no válidos, Estancia media bruta y depurada, Impacto en estancias respecto al estándar del SAS, Índice de utilización de estancias (temporal y comparativo estándar SAS), Índice Case_Mix (temporal y comparativo SAS), Porcentaje de complicaciones, Porcentaje de complicaciones quirúrgicas, Porcentaje de reingresos urgentes, Razón de mortalidad estandarizada. Los indicadores de casuística seleccionados fueron: descripción de los 5 GRDs más frecuentes y los tres GRDs más frecuentes por su impacto en estancias consumidas y

evitadas. Respecto a la Seguridad del paciente, se han seleccionado 16 indicadores: Complicaciones de la Anestesia, Mortalidad en GRDs de Baja Mortalidad, Úlcera de Decúbito, Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento, Neumotórax Iatrogénico, Fracaso en el rescate, Determinadas Infecciones causadas por la asistencia sanitaria, Fractura de cadera postoperatoria, Hemorragia o hematoma postoperatorios, Desorden fisiológico ó metabólico postoperatorio, Insuficiencia respiratoria postoperatoria, Embolismos pulmonares o trombosis venosas profundas postoperatoria, Sepsis postoperatoria, Dehiscencia postoperatoria de suturas quirúrgicas, Punción accidental durante un procedimiento, Reacciones adversas a transfusiones.

DISCUSIÓN:

El desarrollo de este Cuadro de Mandos ha permitido en estos dos años, un estrecho seguimiento de Indicadores de gestión- calidad y seguridad del paciente considerados trascendentes a nivel de hospitalización, a fin de planificar y mejorar la asistencia sanitaria en función de los resultados alcanzados, principio básico en Gestión Clínica.

P078.– ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA LA CIUDADANIA FORMACIÓN ESCUELAS UNIVERSIARIAS DE ENFERMERIA.

DE LA PEÑA-CRISTIA MM, GRAÑA-GARRIDO MI.

CHUVI -SERGAS. VIGO.

OBJETIVOS:

Sensibilizar al alumnado de tercer curso de las EUE de la CCAA de Galicia en relación a la violencia de Género como problema de salud. Formar al alumnado de estas escuelas para detectar casos de mujeres en situación de Violencia de Género como futuros profesionales de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La población a quien se dirige son alumnado de las escuelas de enfermería de Galicia Talleres formativos de 4 horas de duración Lugar de impartición de los cursos las propias EUE

RESULTADOS:

El número de asistentes a la actividad formativa fue de 206 personas, de las EUE de Pontevedra, POVISA, Meixoeiro y Santiago de Compostela. El 100% de los asistentes considera necesaria la formación en Violencia de Género y Salud en su curriculum académico. El profesorado/dirección de las escuelas valora positivamente esta actividad formativa. En alguna de las escuelas se plantean incluir un módulo de violencia de Género en las actividades formativas de segundo y tercer cursos.

DISCUSIÓN:

Los talleres de Educación Sanitaria de la Escuela Gallega de Salud para la Ciudadanía, dirigidos al alumnado de las EUE son necesarias para el desarrollo académico de los y las alumnas. El alumnado manifiesta la necesidad de tener conocimientos de Género y Violencia de Género como herramienta para su desarrollo y posterior dedicación profesional.

P079.– IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIAS Y SOPORTE DOCUMENTAL PARA LA ACREDITACION DE UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA.

ENRIQUEZ-MAROTO MF, FERNÁNDEZ*-SIERRA* MA, MORALES-TORRES JL, MANZANARES-GALÁN S, RUEDA-DOMINGO MT, BONILLO-GARCÍA MA.

U CALIDAD. UGC M PREVENTIVA,V PS. H U VIRGEN NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

El objetivo principal ha sido elaborar una Guía de Ayuda a la Acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) según el modelo de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), que facilite la fase de autoevaluación del proceso mediante la identificación de evidencias positivas y la documentación de soporte plausibles para el cumplimiento de los estándares de calidad. Como objetivo secundario se plantea recopilar la documentación identificada en un Gestor documental, disponible en la página Web del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha constituido un grupo de trabajo formado por profesionales de la Unidad de Calidad y profesionales con experiencia en el proceso de acreditación de sus UGC. El grupo decide dada la magnitud del proyecto, abordar inicialmente sólo los 69 estándares del Grupo I del Manual de Estándares ME 5 1_05 de acreditación de UGC, grupo de estándares necesario para el primer nivel de Acreditación Avanzado. En una primera fase, cada miembro del grupo realizó una lectura y reflexión individual sobre el propósito de cada estándar y revisión de las evidencias aportadas en la Autoevaluación de UGC ya acreditadas en el hospital. En una segunda fase se han realizado cinco reuniones de trabajo, una para cada uno de los cinco bloques de estándares del Manual ACSA, y mediante la técnica de tormenta de ideas se han identificado las evidencias plausibles para el cumplimiento de los estándares, así como la documentación de soporte para cada estándar. Finalmente se consideró de interés, no solo identificar sino disponer de los documentos de apoyo de ámbito hospital que pudieran ser útiles para cualquier UGC en proceso de acreditación: normativas, procedimientos Operativos, procedimientos normalizados de trabajo, protocolos, etc., que se han ido

solicitando a las diferentes Subdirecciones y/o Unidades del Hospital.

RESULTADOS:

La identificación de evidencias y documentos nos ha permitido elaborar una "Guía de ayuda a la acreditación de UGC" editada en 2010, que aporta un total de 318 evidencias plausibles y 80 documentos de apoyo o links de acceso a páginas Web para los estándares grupo I del programa de acreditación de UGC según modelo ACSA. Los documentos que se identifican en la guía se han incorporando en un "Gestor documental" disponible en la página Web del hospital, clasificados en cada uno de los cinco bloques de estándares.

DISCUSIÓN:

La elaboración de esta Guía de Ayuda para la Acreditación de Unidades de Gestión Clínica, pretende facilitar el camino a las UGC para conseguir la acreditación según el modelo de calidad de la ACSA. La Guía identifica un importante número de evidencias positivas y documentación de soporte y con la elaboración del Gestor Documental se ha pretendido evitar la ardua labor de localización de parte de la documentación necesaria.

P080.– MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO. MEJORA DE LA ASISTENCIA EN LOS PAC'S.

DE LA PEÑA-CRISTIA MM, GRAÑA-GARRIDO MI, LOPEZ-SILVA MC, PRADOS-MORENO JC.

CHUVI SERGAS. VIGO.

OBJETIVOS:

Sensibilizar a las y los profesionales de los PAC's sobre la importancia que la violencia contra las mujeres tiene sobre su salud. Establecer pautas de actuación sanitaria a las y los profesionales de los PAC's, que permita la atención a las mujeres que se encuentran en situación de violencia de género. Establecer los mecanismos de coordinación con otras instituciones, cuyo fin es la atención a las mujeres que se encuentran en esta situación. Todos los PAC's del Area Sanitaria de Santiago de Compostela tendrán el parte lesiones, última versión normalizada SERGAS. Establecer la correcta cumplimentación y el circuíto de derivación del parte de lesiones

MATERIAL Y MÉTODOS:

Visita y presentación del proyecto en cada uno de los PAC del área Entrevista a los y las profesionales de cada PAC Evaluación de conocimientos pre intervención Realización de taller de formación Evaluación de conocimientos post intervención.

RESULTADOS:

Los /las profesionales de los PAC mejoran la cubertura de los partes de lesiones referidos a la VG en un 24,21% Tras la intervención y realización del taller de formación el 89,33% de los y las profesionales de los PAC's reconocen saber el circuito correcto de derivación de los partes de lesiones. El 96,3% de los y las profesionales que realizaron el taller consideran la violencia física y la violencia psicológica en el parte de lesiones. El 61,4% de los y las profesionales que realizaron el taller de formación solicitaran autorización a la mujer para cumplimentar el parte de lesiones.

DISCUSIÓN:

En general, en los PAC visitados del Área Sanitaria de Santiago de Compostela no se tenía conocimientos de la

importancia de la violencia de xénero como un problema de salud sobre las mujeres. La formación, sensibiliza a los y las profesionales y les proporciona seguridad, mejorando su quehacer diario la asistencia a las mujeres que se encuentran en situación de violencia. El parte de lesiones, bien cubierto, es un instrumento fundamental de detección y notificación de lesiones por causa de la violencia de género y que permitirá el seguimento de las mujeres. Cuando se conoce la magnitud del problema, los profesionais de la salud de los PAC toman conciencia de las necesidades de coordinarse con los médicos de familia de la mujer en situación de violencia de género. Es evidente, que aunque el resultado es mejor, tenemos que seguir trabajando para que todos los profesionales, requieran la autorización de las mujeres, en el momento de cubrir el parte de lesiones.

P081.– EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN PARA LA GESTION CLINICA DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

ENRIQUEZ-MAROTO MF, FERNÁNDEZ-SIERRA* MA, MORALES-TORRES JL, RUEDA-DOMINGO MT, UBAGO-LINARES MC.

U CALIDAD. UGC M PREVENTIVA,V PS. H U VIRGEN NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

Comparar los Indicadores PSI o Indicadores de seguridad en pacientes ingresados de la AHRQ (Agency for Health Research and Quality) en nuestro hospital en los años 2008 y 2009, con los obtenidos por resto de hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), para identificar indicadores en los que existe potencial oportunidad de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha utilizado como fuente de información los documentos elaborados por el Servicio de Producto Sanitario de la Subdirección General de Asistencia Sanitaria, relativos a la metodología y resultados de los 20 indicadores PSI en los hospitales del SSPA en los años 2008 y 2009. Las bases de datos utilizadas son los CMBDs 2008 y 2009 de ámbito Hospitalización y Hospital de día Quirúrgico. Para comparar los resultados alcanzados por nuestro hospital con los del resto de hospitales del SSPA hemos calculado la Razón entre Tasas observada en el hospital *1000 altas y la Tasa observada en resto hospitales del SSPA* 1000 altas.

RESULTADOS:

En 2008 disponemos de información de 18 Indicadores PSI y de ellos el 61,1% obtienen Tasas inferiores a las del resto de hospitales del SSPA. En 2009 disponemos de información de 15 indicadores, siendo el 53,3% los que presentan tasas inferiores a las del resto SSPA. De forma específica los PSI que en los dos años obtienen tasas inferiores a resto de hospitales son: PSI 2 “Mortalidad en GRDs de baja mortalidad”, PSI 3 “ Úlcera de decúbito”, PSI 6 “Neumotórax iatrogénico”, PSI 12 “Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorios”, PSI 15 “Punción-laceración accidental”, PSI 18 “Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado”, PSI 19 “Trauma obstétrico en parto

vaginal no instrumentado", PSI 20 "Trauma obstétrico en cesárea". Los PSI con tasas superiores a las del resto de los hospitales del SSPA de forma mantenida en 2008 y 2009, aunque con una tendencia en descenso en 2009 son: PSI 1 "Complicaciones de la anestesia" y PSI 7 "Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria"con una reducción del 36%, y el PSI 11 "Fallo respiratorio postoperatorio" del 19%. Los PSI que mantienen tasas superiores a las del resto de los hospitales del SSPA de forma mantenida en 2008 y 2009, aunque con una tendencia en aumento en 2009 son: PSI 9 "Hematoma o hemorragia postoperatoria", aumento del 37% y PSI 14 "Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria", un 10%.

DISCUSIÓN:

La monitorización de los Indicadores de Seguridad del Paciente de Calidad de la AHR, basados en la información clínica del CMBD aunque no sean medidas directas de la calidad asistencial, ofrecen a las Unidades de Gestión Clínica y a la Dirección del Hospital una herramienta muy útil para analizar la situación y realizar seguimiento de las complicaciones potencialmente evitables o situaciones iatrogénicas producidas como consecuencia de la asistencia sanitaria, e identificar potenciales áreas de mejora para el diseño de intervenciones específicas para su mejora.

P082.– SATISFACCIÓN Y OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES CON LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA.

ENRIQUEZ-MAROTO MF, FERNÁNDEZ-SIERRA* MA, ALCALÁ-PEÑAS S, HURTADO-SUAZO JA, FERRÓN-ORIHUELA JA.

U CALIDAD. UGC M PREVENTIVA,V PS. H U VIRGEN NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

Conocer la opinión y grado de satisfacción de los responsables internos de tres proyectos de acreditación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) acreditadas según modelo de la Agencia de Calidad sanitaria de Andalucía (ACSA), con el proceso de acreditación y con los resultados alcanzados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han realizado entrevistas semiestructuradas individuales con el responsable interno de cada uno de los tres proyectos de acreditación de UGC desarrollados en un hospital regional en el periodo 2009-2010. Se ha utilizado un Cuestionario Guía diseñado ad hoc para evaluar los siguientes 5 items o dimensiones de calidad de respuesta cerrada y escala de medición likert (0 a 10): 1- satisfacción global, 2- motivación y expectativas con el proceso, 3- implicación de los profesionales de la UGC, 4- utilidad del programa de acreditación, 5- ayuda y soporte ofrecido por la Unidad de Calidad. La puntuación asignada a cada ítems se ha categorizado en : muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto. Además de los cinco ítems, en el cuestionario guía se incorporaba una pregunta abierta sobre opinión general con el proceso.

RESULTADOS:

La satisfacción global con los resultados obtenidos ha sido alta para dos UGC y muy alta para otra. Las expectativas de las UGC respecto a los resultados a alcanzar eran moderadas-altas , aunque la motivación por iniciar un proceso de acreditación fuese media. Consideran los tres responsables de UGC, que el programa de acreditación de UGC está adaptado a la realidad de las UGC en grado medio, pero que es una herramienta de utilidad alta para identificar áreas de mejora y crear cultura de calidad en la Unidad.

Valoran en muy alto grado que el hospital trabaje en una línea común de calidad, incorporando los estándares del programa en los objetivos de los Acuerdos de Gestión clínica. La implicación de los profesionales y efectividad de los Grupos de Autoevaluación es considerada como alta para una UGC y media para las otras dos. Finalmente, el soporte ofrecido por la Unidad de Calidad es valorado con una puntuación alta-muy alta, en cuanto a accesibilidad a los profesionales, capacidad de respuesta en tiempo y calidad de las respuestas.

DISCUSIÓN:

Conocer la opinión de los responsables de los proyectos de acreditación de UGC nos ha permitido compartir con los profesionales su experiencia en la acreditación e identificar que uno de los aspectos más destacados es, que los procesos de acreditación han servido para crear cultura de calidad a través de la participación y toma de conciencia de los profesionales sobre los requisitos de calidad que el sistema sanitario andaluz considera necesarios para prestar la asistencia sanitaria, requisitos en los que se fundamentan los estándares del programa de acreditación de UGC de la ACSA.

P083.– PROCEDIMIENTO DE PUNCION CAPILAR PARA CONTROL DEL TAO.

GARCIA-GOMEZ MP, LOPEZ-LACOMA JC, ITURBE-HERNANDEZ T, BUYO-RODRIGUEZ A, MEROÑO-RIVERA MD.

GERENIA AREA II. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Después de un año de implantación de una nueva técnica de punción capilar para el control de INR en los 16 Equipos de Atención Primaria del Area II, se decide valorar el grado de satisfaccion generado por este nuevo procedimiento, tanto en los pacientes a los que va dirigido, como en los profesionales que lo realizan. Objetivos: 1.Conocer el grado de satisfacción de los pacientes TAO con el nuevo sistema. 2.Conocer el grado de satisfacción de los profesionales que utilizan el nuevo procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se decide elegir a cuatro centros de salud para realizar un estudio retrospectivo con dos cuestionarios diferenciados.Uno dirigido a todos los profesionales de enfermería de los 4 centros, configurado por 7 items y un campo observaciones, recogido por el responsable de enfermería.Un segundo cuestionario dirigido a los pacientes TAO con seguimiento de INR, construido con 6 items y un apartado donde se reflejan datos demográficos.En este caso se difundió a lo largo de un mes para garantizar un elevado índice de respuesta entre la población susceptible del estudio,ya que la gran mayoría de los usuarios que acuden al control de INR acudieron al centro durante ese periodo.Fué recogido por el personal de administración.

RESULTADOS:

En los profesionales:De un total de 47 contestan 30(64%de participació).El 53% considera la formación recibida muy adecuada o adecuada,frente al 33%que la considera`poco adecuada.El 70% considera que el tiempo empleado en el nuevo procedimiento es muy superior o superior al método tradicioal por punción venosa,frente al 27% que lo considera inferior y un 3%que lo considera igual.en base a un rango de 0-10, los profesionales califican su satisfacción global frente al nuevo procedimiento superior a 7 en un 43%.

Pacientes en tratamiento TAO:se recogen un total de 240 cuestionarios.Siendo el 83%usuarios mayores de 60 años,el 41% cuentan con un nivel de estudios primarios.Hombres en el 51% de los casos.El 95% de los usuarios valoran el nuevo métodocomo muy adecuado o adecuado.Destacar que el 95% de los usuarios valora de forma muy buena o buena la atención recibida por parte del personal de enfermería.El nivel de satisfacción global de los usuarios sobre un rango de 0-10,es superior a 7 en el 84% de los casos estudiados.

DISCUSIÓN:

De los resultados obtenidos,podemos concluir que el nivel satisfaccíon frente al nuevo procedimiento es mayor en los pacientes que en los profesionales. Los altos indices de satisfaccion alcanzados entre los pacientes que se benefician del nuevo procedimiento,contribuye a reforzar la necesidad de acercar las nuevas tecnologías en beneficio de técnicas menos agresivas sobre los pacientes. La organización dispone de un espacio de mejora, sobre todo hacia nuestros profesionales,reforzando la formación recibida en la técnica a realizar para reducir el tiempo empleado en su procedimiento,y aumentar el nivel de confianza de los profesionales ante el nuevo método.

P084.– APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS A LAS PRESCRIPCIONES DE DOSIS UNITARIAS.

GARCIA-MUÑOZ C, CAÑAMARES-ORBIS I, JIMENEZ-CEREZO MJ, FERRARI-PIQUERO JM, FERNANDEZ-VAZQUEZ A, HERREROS DE TEJADA A.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID.

OBJETIVOS:

Evaluar el impacto de la aplicación del programa de equivalentes terapéuticos (PET) en la farmacoterapia de pacientes ingresados en plantas con sistema de dispensación en dosis unitarias (DU).

MATERIAL Y MÉTODOS:

El PET es una herramienta de trabajo consensuada para la prescripción y dispensación de medicamentos que son considerados equivalentes terapéuticos según la evidencia científica disponible; elaborada y actualizada por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital y aprobada por Dirección Médica. Desde septiembre de 2010 se aplica a las prescripciones de pacientes ingresados en plantas con DU. Se realizó un estudio retrospectivo que comprendió los meses de septiembre de 2010 a abril de 2011. Se recogieron a través del programa Farmatools® el número de medicamentos no incluidos en guía farmacoterapéutica (MNIGFT), registrando dos tipos de intervenciones: • Sustitución de MNIGFT por el equivalente terapéutico incluido en PET. • No sustitución del MNIGFT por no tener equivalente terapéutico según el PET. Las intervenciones se realizaron durante el proceso de transcripción y validación de la orden médica por parte del farmacéutico del área de DU. Si del MNIGFT prescrito existía un equivalente terapéutico incluido en el PET, el farmacéutico sustituía éste directamente por el equivalente y enviaba un impreso modelo al médico en el que se le informaba de la sustitución. En caso de no aceptar esta, el médico debía aportar una justificación clínica de la no aceptación de la propuesta.

RESULTADOS:

De las 468 intervenciones que se registraron en los 8 meses del periodo de estudio, 156(33,3%) pertenecían a

medicamentos que no estaban incluidos en el hospital y no tenían equivalente terapéutico y 312 (66,6%) a medicamentos no incluidos que tenían un equivalente incluido en el PET. De estos últimos, 146 (46,8%) sustituciones fueron aceptadas por el medico y en 56 (18,0%) se justificó su no aceptación, mientras que en 110(35,2%) casos el paciente aportaba el medicamento, por lo que la sustitución por un equivalente no se hizo efectiva. Los grupos farmacoterapéuticos más sustituidos aplicando el PET fueron los inhibidores de la angiotensina II y los menos sustituidos los bloqueantes de los canales de calcio.

DISCUSIÓN:

Se ha observado un alto porcentaje de aceptación de las sustituciones propuestas aplicando el PET a las prescripciones de DU. Esto se traduce en aumentar el consenso terapéutico en el hospital, mediante la adecuación de la prescripción a la guía farmacoterapéutica.

P085.– ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS PARA DESARROLLAR RECOMENDACIONES DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: BACK-SINASP.

CERDÁ-MOTA T, ESPERÓN-GÜIMIL JA, CASTRO-LAREO B, GARCÍA-DOMINGUEZ M, SANDUENDE-OTERO Y, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA.

COMPLEJO HOSPITALARIO. PONTEVEDRA.

OBJETIVOS:

Implicar a los profesionales en la elaboración de recomendaciones que permitan alcanzar objetivos concretos de mejora de la seguridad de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A iniciativa de la Dirección del Centro, se refundió el Comité técnico-sanitario de seguridad clínica, integrando a sus miembros en el Núcleo de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos. La estrategia organizativa se basa en trasladar al Núcleo de Seguridad las propuestas presentadas por los gestores del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), agrupadas por áreas temáticas, para alcanzar un acuerdo de recomendaciones. Todos los gestores del SiNASP son además integrantes del Núcleo. Para aspectos de áreas específicas que precisen un abordaje más detallado se nombra un responsable, seleccionado entre los miembros del Núcleo de Seguridad, que tiene la responsabilidad de presentar una propuesta de mejora. Para ello, tras elaborar un documento inicial, contacta con otros profesionales del centro, con responsabilidad, formación o experiencia en esa área, para revisar la propuesta y acordar un borrador preliminar. Las recomendaciones deben ser concretas y detalladas, incluyendo aspectos puntuales que se consideren factibles de implementar. Una vez aprobadas, tanto las recomendaciones generales como las elaboradas por los grupos de mejora, se reflejan en el acta de la reunión del núcleo de seguridad y son remitidas a la Dirección del centro para su valoración, con objeto de que pueda impulsar su implementación y evaluar los resultados. La difusión a los profesionales sanitarios se realiza a través de un Boletín electrónico, en el que se pueden abordar tanto aspectos generales del Programa de Seguridad como temas

monográficos. Para dar a conocer las actividades realizadas y los resultados obtenidos, se programan sesiones divulgativas, que, a modo de recordatorio del programa, se realizan 1 o 2 veces al año, siguiendo la misma estrategia inicial de formación.

RESULTADOS:

Se ha publicado, en el apartado Noticias de la Intranet del centro, el primer Boletín de Seguridad. Se han creado 3 grupos de trabajo: errores en el traslado de pacientes, problemas de disponibilidad y/correcto montaje del aparataje, y sobre como evitar confusiones de medicación en los quirófanos. Además se ha elaborando un formato estandarizado para redactar las recomendaciones de mejora.

DISCUSIÓN:

La estrategia organizativa plateada pretende implicar a un gran número de profesionales de diferentes áreas del centro en la elaboración de recomendaciones de mejora, estableciendo un canal de participación estable, y estructurado, que pueda facilitar la aplicabilidad de las recomendaciones. Es necesario ir ampliando y diversificando los canales de información para que los profesionales estén adecuada y puntualmente informados y coordinados.

P086.– ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS PARA IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES: FEED-SINASP.

CERDÁ-MOTA T, ESPERÓN-GÜIMIL JA, CASTRO-LAREO B, GARCÍA-DOMINGUEZ M, SANDUENDE-OTERO Y, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA.

COMPLEJO HOSPITALARIO. PONTEVEDRA.

OBJETIVOS:

Implicar a los profesionales sanitarios en el Programa de Mejora de la Seguridad de Pacientes, a través de la notificación de incidentes y elaboración de propuestas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A mediados de Marzo de 2011 se inició en el Complejo Hospitalario la implantación del programa, usando el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) como herramienta para detectar áreas de mejora en el ámbito de la seguridad, y con el soporte de la Subdirección de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial. La estrategia formativa inicial consistió en organizar una Jornada dirigida a los integrantes del Núcleo de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos, responsables de áreas asistenciales seleccionadas y directivos del Centro. Entre los participantes en esta Jornada se organizaron sesiones formativas/divulgativas para dar a conocer el nuevo enfoque de cultura de seguridad y el Programa SiNASP. Las sesiones a los facultativos, farmacéuticos.. fueron realizadas por los profesionales de las áreas más afines a su labor asistencial. Las sesiones se programaron en el espacio y horario habitual destinado a esta actividad en cada área. La formación al personal auxiliar y de enfermería se realizó también en las propias unidades, siguiendo una formación en cascada, a través de los supervisores, y con el apoyo de los formadores. La estrategia organizativa para realizar las notificaciones, asignarlas y gestionarlas se basa en un soporte Web del SiNASP (https://www.sinasp.es) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y en la creación de un grupo de trabajo estable, integrado por 4 gestores del Programa y 1 gestor principal. Además, se creó en la Intranet del Centro un espacio abierto dedicado a la

seguridad de pacientes y otro de acceso restringido para los gestores. Tras su recepción, las notificaciones se asignan a los gestores por áreas temáticas para su estudio. Éstos las analizan y elaboran propuestas de mejora. Posteriormente se realiza una puesta en común con todos los gestores del SiNASP, y se acuerdan las propuestas para su discusión en el marco del Núcleo de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos Clínicos del Complejo Hospitalario.

RESULTADOS:

A la Jornada de formación inicial asistieron 20 profesionales. Se han realizado 59 actividades formativas, en las que han colaborado 32 profesionales, participando en los 3 primeros meses 774 profesionales sanitarios. El curso on-line ha sido realizado por 1.004 profesionales.

DISCUSIÓN:

La estrategia formativa y divulgativa iniciada (Down-Top), aunque compleja, pretende reforzar el protagonismo de los propios profesionales y hacer hincapié en que el objetivo es establecer una sistemática estructurada para detectar los problemas de seguridad del centro y elaborar propuestas de mejora factibles. Disponer de un grupo de gestores estable facilita el desarrollo de un trabajo continuado, que intenta atenuar la escasa disponibilidad de tiempo.

P087.– IMPLANTACIÓN DE UN "PROTOCOLO PARA EL PACIENTE ALÉRGICO A MEDICAMENTOS".

SÁNCHEZ-QUILES IM, NÁJERA-PEREZ MD, MARTINEZ-BUENO MA, LEAL-LLOPIS J, PEREZ-GARCÍA MC, BELCHÍ-HERNANDEZ J.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Debido a que no podemos saber con certeza si un paciente va a sufrir una reacción alérgica/intolerancia cruzada(RAC) ante el medicamento prescrito, y a que las consecuencias son muy graves, se apuesta en la mayoría de los casos por prevenir, pero para ello es importante que todo personal sanitario implicado en la atención al paciente conozca lo mejor posible los grupos de medicamentos. El objetivo de este trabajo es el de elaborar y difundir un "protocolo para el paciente hospitalizado alérgico a medicamentos".

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la elaboración del protocolo en el Servicio de Farmacia(SF), se trabajó conjuntamente con la Unidad de Docencia, Calidad e Investigación y Servicio de Alergia. El protocolo se basa en que una vez identificado un paciente alérgico, disponer de herramientas suficientes para conocer los medicamentos que se deben evitar y los que no. Estas herramientas son: - Hoja informativa"paciente alérgico/intolerante a AINES(anitiinflamatorios no esteroideos)" (AnexoII): Simula un semáforo, de manera que en color verde se especifica que antiinflamatorios/antitérmicos/analgésicos incluidos en GFT, pueden administrarse con seguridad y en rojo los que deben evitarse. - Hoja informativa"paciente alérgico/intolerante a penicilinas = B-lactámicos" (AnexoIII): Simula un semáforo, de manera que en color verde se especifica que antibióticos incluidos en GFT, pueden administrarse con seguridad y en rojo los que deben evitarse. - Hoja informativa "paciente alérgico/intolerante a un grupo de medicamentos distinto a los anteriores y consultado previamente con el SF". Es enviada desde el SF, donde se especifica los medicamentos a evitar(Anexo IV). También se dispone en el protocolo de tablas de clasificación de AINES y antibióticos para, en caso de duda, conocer a que grupo de fármacos pertenece un

medicamento. Como material de apoyo hay unas tarjetas de bolsillo sobre RAC entre antiinflamatorios/antitérmicos/analgésicos y antibióticos, para consultas a pie de cama. Los anexos II, III y IV disponen de un apartado para la pegatina de identificación del paciente, puesto que cuando se utilice un anexo se situará dentro de la historia clínica del paciente, para ser utilizado en posteriores ingresos.

RESULTADOS:

Se realizaron 24 sesiones, para la difusión del protocolo, por todas las unidades clínicas del hospital y se encuentra disponible en la intranet del hospital.

DISCUSIÓN:

A través de las sesiones realizadas, se ha difundido el protocolo por todo el hospital, esperando aportar así, un importante filtro en la seguridad del paciente. A través de este protocolo se estandariza procedimientos para asegurar la adecuada identificación y comunicación de las alergias/intolerancias, se establece un filtro más para evitar errores por RAC y se aporta conocimiento.

P088.– MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS: UN PRIMER PASO HACIA LA PREVENCIÓN

BERNABEU-ANDREU FA, MACÍAS-MAROTO M, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ JJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. ALCALÁ DE HENARES.

OBJETIVOS:

Objetivos Generales: •Conocer la incidencia de caídas y los factores desencadenantes en los pacientes ingresados del Hospital Príncipe de Asturias (HUPA). Objetivos específicos: •Valorar el riesgo de caídas de todos los pacientes ingresados en el hospital según un criterio unificado. •Facilitar al personal la notificación de caídas de pacientes mediante la puesta en marcha de una nueva herramienta de registro informático.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo transversal de las caídas producidas en los pacientes ingresados en el HUPA durante los años 2009 y 2010. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes que sufrieron una caída en ese período y que fueron notificadas por el personal de enfermería responsable en un registro específico. En el 2010 se introdujo una nueva herramienta en soporte informático para facilitar la notificación de caídas que podría tener influencia en el número y características de las caídas notificadas. Las variables valoradas fueron: la incidencia de caídas, las relacionadas con el estado físico y mental del paciente, las del contexto que rodea a la caída y las consecuencias de la caída. Las diferentes variables se introdujeron en una hoja de cálculo, y se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS:

En 2009 se notificaron 43 caídas, lo que representa una incidencia anual de 0,18%, produciéndose en el 6,98% más de una caída durante su ingreso. En 2010 las caídas notificadas fueron de 105, con una incidencia anual de 0,44%, produciéndose en el 9,52% más de una caída durante su ingreso. De las caídas notificadas, en el 76,74% (2009) y en el 93,33% (2010) se había valorado el riesgo de

caídas. La circunstancia más frecuente de la caída fue por deslizamiento en el baño, 2009 un 23,26% y en 2010 un 27,62%. En la casi totalidad de los casos (80%) durante el periodo de estudio, el paciente se encontraba solo cuando ocurrió la caída. Un porcentaje significativo de los pacientes, 65,12% en 2009 y 60% en 2010, tenían alguna medida de seguridad implementada (barandillas, sujeciones y vigilancia). El 55,81% (2009) y el 46,67% (2010) de los pacientes no sufrieron lesiones.

DISCUSIÓN:

La revisión de la literatura científica revela cifras de caídas muy superiores a las encontradas en este estudio. Se encontraron cifras similares (0,6%) en un estudio de contexto y metodología similar (Rodríguez-Rieiro C y cols., 2007), basado en notificaciones voluntarias de los profesionales. En cuanto a la circunstancia de la caída se han encontrado diferencias en estudios previos, que detectan un porcentaje mayor al levantarse de la cama o del sillón, y en nuestro caso fueron mayoritariamente en el baño. Se ha conseguido un registro de caídas ágil, sencillo y a tiempo real. El número de notificaciones se ha incrementado en un 150% en un año. Consideramos que la puesta en marcha del nuevo registro podría haber sido un factor determinante en estos resultados.

P089.– IMPACTO DE LA INFORMACIÓN DISGREGADA DE RESULTADOS DE INDICADORES DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA SU DIFUSIÓN Y COMPARACIÓN.

INIESTA-SANCHEZ J, TERÓN-MARTÍNEZ MJ, SÁEZ-SOTO AR, ROS-GARCÍA VM, RODRIGUEZ-MONDÉJAR JJ, MUÑOZ-PÉREZ G.

H.G.U. REINA SOFÍA. AREA VII MURCIA ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

En la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados que se realiza en nuestro centro desde 2006, de forma cuatrimestral, la información de los resultados se presentaba como un global del centro en una sesión a los supervisores. En 2010 se decide introducir un cambio en la metodología de difusión de los resultados obtenidos, con los siguientes objetivos: Incrementar el alcance de la difusión de los resultados. Identificar estrategias que permitan una mejora de los mismos. Favorecer la adhesión de los profesionales al cumplimiento de los indicadores de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras la evaluación de cada corte de los indicadores de calidad de cuidados realizado en 2010 y marzo de 2011 en el H.G.U.R.S., la unidad de calidad identifica y notifica a cada unidad los resultados obtenidos, e informa si está en la media del centro o no. Cada supervisor difunde los datos a los profesionales en las sesiones y reuniones de las unidades, identificando problemas y estableciendo la implementación de acciones de mejora. En la presentación de los resultados anuales se comparan los resultados de todas las unidades, y se les facilita la tabla comparativa para su difusión.

RESULTADOS:

Se observa una tendencia a un mayor grado de cumplimiento de los indicadores en todas las unidades, con una media de 80% de cumplimiento. Se identifica una menor dispersión de resultados entre las unidades quirúrgicas, con un rango 78-79%, que en las médicas, rango de 65-93%. Las unidades quirúrgicas mantienen valores más estables a lo largo del tiempo, frente a las médicas que son más variables. Todas las unidades difunden los resultados a los profesionales; una de ellas identifica los

criterios que conllevan el incumplimiento del indicador, difundiendo los resultados en una sesión a todos los miembros del equipo. Tres unidades incluyen en la sesión de difusión del contrato gestión los resultados de los indicadores, incorporando al supervisor de área de calidad para la presentación de las acciones de mejora para cada unidad e indicador.

DISCUSIÓN:

La difusión de la información disgregada por unidades facilita el seguimiento de los indicadores y la identificación precoz de problemas de forma localizada. Existe una mayor implicación del supervisor y de los profesionales al disgregarse los resultados y compararse las distintas unidades. Facilita la identificación de áreas de mejora específicas por cada unidad, permitiendo a los profesionales la participación en las estrategias para establecer acciones correctoras.

P090.– EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTUACIÓN DEL COMITE DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

BLEDA-PÉREZ C, VAL-LEÓN M, REY-SALIDO M, GÓMEZ-CARRASCO R, PELÁEZ-LÓPEZ P, COPLÉS-ESTELA A.

INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA. BARCELONA.

OBJETIVOS:

El servicio de farmacia establece su sistema de gestión de la calidad según la norma UNE-EN- ISO-9001/2000. El objetivo de este trabajo es evaluar y describir la actividad y las acciones de mejora establecidas por el Comité de Calidad del servicio de farmacia en un hospital monográfico de oncología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El comité de calidad (CQ) es el órgano responsable del seguimiento de la aplicación del sistema de calidad y de su revisión periódica. Se constituye en enero de 2008 y está formado por el jefe de servicio, dos farmacéuticos, dos técnicos y un administrativo. Se reúne con una periodicidad mensual según un calendario predefinido. En el CQ se analizan las incidencias recibidas y sus causas, indicadores de calidad por proceso, informes de las auditorias internas y la satisfacción del cliente (pacientes, médicos, enfermeras) y se proponen acciones de mejora correctivas y/o preventivas. Se deja constancia en un acta de todo lo acordado. Se ha definido un cuadro de mandos que incluye indicadores de calidad (IQ) y actividad para cada proceso (12 procesos, 53 IQ). Las incidencias (I) y acciones de mejora (AM) se registran en una base de datos donde se clasifican por proceso. Se realizan auditorias internas (AI) y con un check-list por proceso. La satisfacción del cliente (SC) se realiza mediante encuestas. La metodología que utiliza el CQ se basa en el análisis causa-raíz según el protocolo CRU/ ALARM (six steps to root cause analisis).

RESULTADOS:

Durante el año 2010 se han realizado un total de 17 reuniones de CQ (15 programadas y 2 extraordinarias) y 33 auditorias internas. Durante este periodo se han comunicado 22 incidencias al CQ: 19 están cerradas (86%) y 3 abiertas

(14%). Se han abierto 37 acciones de mejora (23 correctivas y 14 preventivas) de las cuales hay abiertas 9; de éstas un 55% (9) requieren recursos externos. En un 78% de los casos no se han requerido recursos externos. El origen de las AM es 43% IQ, 41% I, 14% AI, 3% SC. Según el proceso, el 49% de las AM es de preparación de citostáticos es decir una de cada dos, el 19% de unidosis, un 11% de dispensación ambulatoria y un 5% de satisfacción de clientes. El resto es inferior al 3% por proceso. La encuesta de satisfacción a clientes se ha realizado en el 2008,2009 y 2010 para pacientes. En el 2009 se ha realizado al personal facultativo y en el 2010 al personal de enfermería.

DISCUSIÓN:

El CQ es el órgano que lidera la mejora continua de los procesos del servicio de farmacia. Desde su implantación se han revisado las causas de las incidencias y los datos de los indicadores de calidad/actividad. Se analizan con metodología específica aquellos datos que indiquen tendencias repetitivas o que comprometan aspectos de seguridad relacionados con los pacientes atendidos por el servicio de farmacia. La información obtenida se ha utilizado para establecer objetivos y acciones de mejora de las que se informa anualmente a la dirección del centro.

P091.– LUMBALGIA EN URGENCIAS. USO DE LA RADIOLOGÍA SIMPLE.

PUENTE-PALACIOS MI, ARANDA-CÁRDENAS MD, MOLINA-ROS A, PUIGGALÍ-BALLART M, ÁLVAREZ-DOMÍNGUEZ JL, CLEMENTE-RODRÍGUEZ C.

HOSPITAL DE L'ESPERANÇA. BARCELONA.

OBJETIVOS:

La lumbalgia es uno de los diagnósticos más frecuentes en Urgencias. La prevalencia es muy alta y hasta un 80% de la población la padecerá al menos una vez en su vida. Las guías sobre manejo de la lumbalgia aguda insisten en identificar "red-flag", datos que nos pueden hacer pensar en que el diagnóstico final sea una fractura, tumor o infección, de cara a indicar la realización de radiografías (Rx) en urgencias. "Red-flag": Traumatismo. Uso de corticoides. Osteoporosis. Edad 50 años. Neoplasia previa. Síndrome tóxico. Fiebre. Infección reciente, ADVP, inmunodepresión. Dolor nocturno o que empeora en reposo. El objetivo fue evaluar la correcta indicación de Rx en las asistencias por lumbalgia en Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron las lumbalgias vistas en unas Urgencias de nivel 1 en 2007. Se hizo una hoja de recogida de datos con los "red-flag", Rx hechas en la visita y Rx previas. Asimismo se evaluaron los cambios entre Rx actuales y previas. Se consideró positivo un "red-flag" si éste constaba en el apartado "antecedentes" del informe médico, o si esta información estaba disponible en la Historia Clínica. También se consideraron positivos los "red-flag" presentes pero no interrogados hallados en la Historia Clínica Compartida. Se consideró que una Rx estaba indicada en los casos de lumbalgia de menos de 12 semanas de evolución si el paciente tenía al menos un "red-flag" positivo y en los casos de lumbalgia crónica si no había Rx en los últimos 3 meses.

RESULTADOS:

Se atendieron 708 lumbalgias. Los "red-flag" estaban presentes en 335 casos (47,3%), aunque en 53 de ellos (7,5%) no habían sido específicamente interrogados en Urgencias.

La distribución de "red-flag" fue: traumatismo 250 casos (64,6%), osteoporosis 68 (17,6%), neoplasia 48 (12,4%), corticoides 6 (1,6%), inmunosupresión 5 (1,3%) y fiebre 4 (1%).

Las 708 asistencias generaron 501 solicitudes de Rx. De las 457 asistencias que cumplían criterios para hacer Rx (64,5% del total), en 114 casos (24,9%) el paciente fue altado sin Rx aunque se le debería haber hecho al menos las proyecciones básicas. Por el contrario, en

158 casos (31,5%) se realizó una Rx que no estaba indicada. Entre estas últimas había 53 casos (33,5%) que correspondían a traumatismos banales en pacientes <50 años.

Así pues, sólo en 436 (61,6%) asistencias se consideró adecuada la decisión de hacer o no hacer Rx.

A 58 pacientes se les hizo Rx en la visita actual existiendo una Rx previa. En 10 casos (17,2%) no había criterio para hacerla y al comparar la imagen actual y antigua no se hallaron cambios radiológicos en ningún caso. De los 48 casos restantes (82,8%) que si cumplían criterios de Rx, hubo cambios en 4 (8,3%), aunque estas diferencias no fueron significativas.

DISCUSIÓN:

En más de un tercio de los casos la indicación de radiografías no era adecuada tanto por exceso como por defecto. En las lumbalgias es imprescindible una cuidadosa anamnesis para identificar posibles "red-flag".

P092.– REDUCCIÓN EN EL NÚMERO DE RECLAMACIONES ESCRITAS POR LOS USUARIOS: ¿Y LO VERBAL?, ¿ES ORO TODO LO QUE RELUCE?.

DULANTO-BANDA RA, GARRIDO-VALVERDE I, GONZALEZ-ESTEBAN MI, LOPEZ-CAÑIZARES MM, PACHECO-JIMENEZ FJ, TORIJANO-CASALENGUA ML.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

Conocer la cantidad y la calidad de las demandas verbales realizadas por los usuarios en una Gerencia de Atención Primaria. Analizar estas demandas verbales con el fin de obtener áreas de mejora adicionales. Poner en valor y visualizar el trabajo diario relacionado con la Atención al Usuario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó en las siguientes fases: 1- Análisis de las reclamaciones interpuestas por escrito durante 3 años en la Gerencia. 2- Selección de las principales variables a recoger cuando los pacientes acuden planteando cualquier demanda de forma verbal y diseño de base de datos. 3- Implementación progresiva de un nuevo proceso en la Oficina de Calidad y Atención al Usuario con colaboración de todos sus miembros. 4- Análisis de los datos disponibles y localización de nuevas áreas de mejora.

RESULTADOS:

1- Reducción en 3 años de las reclamaciones escritas en más de un 50% (376 en 2008, 274 en 2009 y 183 en 2010) 2- Presentación de la nueva aplicación capaz de ser utilizada por 6 personas de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario de forma simultánea. 3- Han sido recogidas, desde el 15 de marzo de 2010 hasta el 26 de mayo de 2011, 224 demandas verbales. En un 85,7% se recogió la categoría de esta demanda, siendo un 25% de ellas, quejas. Un 31,7% de todas las demandas solicitadas pertenecen a centros de ámbito rural y cerca de un 30% corresponden a problemas de comunicación interniveles, siendo los facultativos los profesionales más involucrados (47,4% de la categoría registrada) y la mayoría resueltas en la Oficina (82%).

DISCUSIÓN:

La creación de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario ha propiciado un descenso muy importante en el número de reclamaciones por escrito, sin embargo los usuarios continúan planteando cuestiones y problemas que son resueltos "in situ" y que, sin un registro adecuado, quedan ocultos en el trabajo diario. Estas demandas verbales, aunque su registro supone una importante carga de trabajo adicional que no puede mermar la atención ofertada al usuario (somos conscientes de no haber recogido la totalidad por esta razón), son una fuente primordial de áreas de mejora para la Calidad Asistencial.

P093.– ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LOS PACTOS DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA VII.

TERÓN-MARTÍNEZ MJ, SÁEZ-SOTO AR, IROS-GARCIA VM, TALAVE-LÓPEZ J, INIESTA-SÁNCHEZ J, SOLANO-BROTONS E.

GERENCIA AREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

El establecimiento de pactos de gestión entre la Dirección de enfermería y mandos intermedios del Área VII, refleja el compromiso institucional de los líderes de cuidados con la organización, a través de los objetivos marcados por el contrato de gestión, así como objetivos estratégicos de la Dirección. Entre éstos destacamos la mejora de la calidad de los cuidados, el diseño de la calidad mediante la normalización de procedimientos y manuales de organización y funcionamiento, la mejora de la formación, y favorecer el liderazgo de los mandos intermedios. Los pactos recogen los objetivos a conseguir, el enunciado de indicadores para evaluar su cumplimiento, la fecha de presentación de resultados y persona de referencia para el seguimiento de los mismos. El acto de la firma se desarrolla a través de una reunión con cada supervisor o responsable y el equipo de dirección. Objetivos: Evaluar el nivel de consecución del pacto de gestión por unidades y centros. Evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos. Identificar dificultades en la consecución de objetivos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo de la consecución de los pactos de gestión de los mandos intermedios del Área VII. La información se obtuvo de las actas de reuniones, datos de evaluación de indicadores de la unidad de calidad y la intranet. Variables estudiadas comunes a Hospitalización y Atención Primaria: Acciones Mejora relacionadas con los Indicadores Calidad, establecimiento de pactos de consumo, realización de 4 reuniones año y normalización de procedimientos. Variables específicas de Hospitalización: realizar despliegue Contrato Gestión, elaborar el Manual organización-funcionamiento de la unidad, realizar una memoria anual y realizar una sesión para supervisores.

Específico de Primaria: realización de al menos una sesión clínica al mes en el centro. Las variables se expresan en frecuencias y porcentajes. Se analizaron las 22 unidades de enfermería y los 10 centros de salud del Área.

RESULTADOS:

De los 32 Centros/Unidades 22 superan el 70% del cumplimiento del pacto de gestión, de éstos 5 cumplen el pacto al 100%. El cumplimiento máximo del pacto está en el 100% y el mínimo en 13%. Variables comunes: Acciones Mejora Indicadores Calidad 82%, Pactos de consumo 82%, 4 reuniones año 74%, Normalización de procedimientos 65%. Variables Hospital: Manual organización-funcionamiento 82%, Memoria anual 82%, despliegue Contrato Gestión 68%, sesión supervisores 32%. Variable Primaria: 1sesión clínica de enfermería al mes 60%.

DISCUSIÓN:

La evaluación de los pactos permite obtener una visión de la gestión de cuidados en cada unidad/centro y en general del Área VII. Esta evaluación pone de manifiesto un alto nivel de cumplimento de los pactos de gestión por la mayoría de unidades, pueden servir como herramienta objetiva de evaluación de las líneas estratégicas de la dirección de enfermería y la alineación de los líderes con las mismas. Facilita identificar debilidades y realizar benchmarking entre las distintas unidades.

P094.– ANÁLISIS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA

PÉREZ-MAIQUEZ M, CRESPO-PAESA P, SÁNCHEZ-NIETO JM, PAZ-GONZALEZ L, FRANCO-CAMPOS MA, CARRILLO-ALCARAZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Analizar la situación de dependencia en pacientes que reciben Ventilación Mecánica No Invasiva (VNI) en su domicilio de forma crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Medición prospectiva de Indice de Barthel (IB): medida del nivel de independencia para las actividades de la vida diaria (AVD): comer, trasladarse entre silla y cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vertirse, control heces y de orina. Población: pacientes ambulatorios que acuden a consulta monográfica de terapias respiratorias Ámbito: Hospital de Área. Periodo evaluado: octubre a diciembre 2010. Dimensión: autonomía del paciente. Fuente datos: Hoja de evaluación: 10 áreas de AVD, escalada de 0 (dependencia total) a 100 (independencia en área valorada) Análisis estadístico: variables media ± desviación estándar y %.

RESULTADOS:

35 pacientes. 16 HOMBRES (45,7%), 19 MUJERES (54,3%). Diagnósticos: Síndrome Obesidad-Hipoventilación: 17 (48,6%), EPOC: 10 (28,6%), miscelánea: 8 (22,9%) El 45,7% de pacientes no pueden bañarse por sí solos. El 74% de pacientes tienen una alteración leve de su dependencia, un 25% moderada y el 11% grave. No hay relación entre el nivel de dependencia y variables analizadas: sexo (p=0.339), diagnóstico (p=0,347), indice masa corporal (p=0,506), horas/día de VNI (p=0,222).

DISCUSIÓN:

La mayoría de pacientes con VNI no presentan discapacidades físicas para las actividades diarias básicas.

P095.– MONITORIZACIÓN DE CICLO DE MEJORA SOBRE SEGURIDAD DE LOS DRENAJES TORÁCICOS.

LÓPEZ-SANTO I, CRESPO-PAESA P, BERNABEU-MORA R, SÁNCHEZ-NIETO JM, CARRILLO-ALCARAZ A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

1º. Monitorizar indicadores de seguridad en pacientes con drenajes torácicos tras finalizar ciclo de mejora. 2º. Comparar resultados con análisis de situación de 2009

MATERIAL Y MÉTODOS:

Medición prospectiva de indicadores de proceso y resultado; comparación con estándares de calidad y evaluación antes-después. Población: pacientes hospitalizados por patología pleural portadores de drenaje torácico (DT). Ámbito: Hospital médico-quirúrgico de Área. Dimensión calidad: seguridad. Fuente datos: Hoja de control DT (HC-DT). Monitorización de cinco indicadores de proceso (estándar 90%) y dos indicadores de resultado: complicaciones mayores (estándar < 5%) y menores. Análisis estadístico: variables media ± desviación estándar y %.

RESULTADOS:

De noviembre 2010 a marzo 2011, se evalúan 14 pacientes portadores de DT. Las complicaciones se comparan con los resultados obtenidos de mayo-diciembre 2009. Días: 8.9 ± 3.7, turnos medidos 25.2 ± 11.4. Drenaje total diario 95.2 ± 5.9. Autonomía pacientes: 80.1 ± 28.1. Fijación tubo: 90,2 ± 7,7. Comprobación sello agua: 90.2 ± 7.7. Complicaciones mayores 2009 versus 2011: neumotórax 7/29 (24.1%) vs 0/14 (p=0,117); salida accidental tubo: 4/29 (13,8%) vs 0/14 (p= 0.368). Complicaciones menores: inflamación 12/29 (41,4%) vs 4/14 (28,6%) (p=0,63); enfisema: 5/29 (17,2%) vs 3/14 (21,4%) (p= 0,93). Total complicaciones mayores 2011 vs 2009: 0/14 vs 11/25. , p= 0,02; Total complicaciones menores: 7/14 vs 17/25, p=0,83.

DISCUSIÓN:

1. La monitorización de indicadores de proceso y resultado en pacientes hospitalizados con Drenajes torácicos se encuentra dentro de los estándares de calidad definidos. 2.

Las complicaciones mayores se han reducido de forma significativa tras el ciclo de mejora.

P096.– CONOCIMIENTO SOBRE REACCIONES ALERGICAS CRUZADAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

SÁNCHEZ-QUILES IM, NÁJERA-PEREZ MD, MARTINEZ-BUENO MA, LEAL-LLOPIS J, PEREZ-GARCIA MC, IRANZO-FERNÁNDEZ MD.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Valoración del grado de conocimiento sobre Reacciones Alérgicas cruzadas(RAC) a Beta-lactámicos y AINES, del personal sanitario de un hospital de 400 camas, con el objetivo de realizar acciones de mejora para favorecer la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La población de estudio estaba constituida por residentes de primer año FIR/MIR(R1), enfermeros de las distintas unidades clínicas(EUC) y del Servicio de Farmacia(ESF) ya que son representativos en la cadena de seguridad del paciente(al prescribir, administrar y transcribir al ordenador la medicación, respectivamente) y al mismo tiempo accesibles. La valoración del conocimiento se realizó a través de encuestas anónimas, que constaban de las siguientes partes: un test, apartado de preguntas y comentarios libres. Los test, se diseñaron para marcar cada medicamento en una columna según se pueda usar con seguridad o se deba evitar en una persona alérgica a AINES o penicilinas. Los items de los test, fueron las cruces que posicionaba a cada medicamento en una de las columnas. El apartado de preguntas fueron: ¿has recibido información sobre RAC de estos medicamentos?, ¿qué hacer para minimizar el riesgo de RAC? Todos los datos fueron explotados estadísticamente a través del programa informático Excel®.

RESULTADOS:

El porcentaje de error sobre RAC a penicilinas y AINES, de ESF fue de 30,5% y 38,7%, de EUC 48,2% y 59,1% y de R1 34,5% y 36,3% respectivamente. La formación sobre RAC de penicilinas y AINES en ESF fue de de 0% y 11,1%, EUC 3,7% y, 8,5% y R1 18% y 42%, respectivamente. Las propuestas comunes para minimizar el riesgo de RAC fueron: cursos, tablas/guías, prescripción electrónica, filtros

de alergias en ordenadores, pruebas alérgicas, mejorar historias clínicas y comunicación con el paciente. El campo de comentarios libres sirvió para declarar la falta de conocimiento sobre el tema, interés de los resultados del estudio o aplaudir la idea. Para mejorar estos resultados, se realizaron las siguientes intervenciones farmacéuticas(IF): * Protocolo del paciente alérgico: cuyo principal objetivo es el de conocer e identificar en todo momento los pacientes ingresados alérgicos/intolerantes a medicamentos y facilitar conocimiento sobre el tema. * Tarjetas de bolsillo: herramienta rápida y útil para filtrar posibles errores por RAC a antibióticos y antiinflamatorios/analgésicos/antitérmcos. * Póster informativos para cada unidad clínica: conteniendo un algoritmo sobre el protocolo y las tarjetas de bolsillo a mayor tamaño. Para la difusión de estas IF, se realizaron 24 sesiones por todas las unidades clínicas del hospital.

DISCUSIÓN:

Cabe resaltar la falta de conocimiento sobre RAC en el personal sanitario encuestado, con lo que está justificado la aplicación de las IF anteriormente descritas. A través de las IF realizadas, se consigue establecer un filtro más en la cadena de seguridad del paciente, evitando posibles errores por RAC a medicamentos.

P097.– SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ALZHEIMER EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA.

SÁNCHEZ-QUILES IM, NÁJERA-PEREZ MD, PAGE-DEL POZO A, PUCHE-IBAÑEZ I, ALIAS-LINARES E, PEREZ-GARCIA MC.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Seguimiento farmacoterapéutico(SF) de pacientes con alzheimer, ingresados en el Servicio de Medicina Interna(MIR) y Neurología(NRL) de un hospital de 400 camas, con el objetivo de realizar acciones de mejora para favorecer la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El periodo de estudio fue de octubre del 2010 a diciembre del 2010. El SF se realizó con motivo de la rotación del residente de farmacia en el Servicio de MIR. Toda la información se recogió en una hoja destinada para tal fin y fue explotada a través de la base de datos excel®.

RESULTADOS:

Se les realizó SF a 10 pacientes con enfermedad de alzheimer, con una edad media de 78 años(63-89 años), 50%hombres y 50%mujeres. Se realizó un total de 51 intervenciones farmacéuticas(IF) en el 80% de ellos, que se distribuyeron de la siguiente manera(según Clasificación de PRM del Consenso de Granada): PRM1:31,2% de las cuales el 81,3% fueron detectadas a través de la conciliación de terapias y se realizó intercambio terapéutico, PRM2:2%, PRM3:60,8% de las que el 48,4% se debió a la necesidad de ajustar los medicamentos a la administración por sonda nasogástrica(SNG), PRM5:4%, y PRM6: 2%. En dos de los pacientes se aconsejó la monitorización de algún medicamento. La respuesta a estas IF fueron: 96% aceptadas y 4% rechazadas. Para mejorar estos resultados, se realizaron las siguientes acciones de mejora consensuadas con el Servicio de NRL y MIR: - Guía de apoyo para el médico, de tamaño bolsillo, sobre medicamentos para el tratamiento de alzheimer(donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina) incluyendo la siguiente información: gestión de fármaco(con receta, DH, visado),

pautas, forma de administración, reacciones adversas, contraindicaciones, precauciones, ajuste en insuficiencia renal(IR) o insuficiencia hepática(IH), escalda de dosis, uso para SNG, etc - Guía de información para el familiar/cuidador del paciente con alzheimer. En esta se desarrollan distintos aspectos: consejos al familiar/cuidador sobre el paciente, para el propio familiar/cuidador, sobre las visitas y explicaciones básicas de los medicamentos. - Charla a médicos del Servicio de MIR sobre la enfermedad de alzheimer, el tratamiento para mantener función cognitiva y síntomas de la enfermedad y explicación de las acciones de mejora.

DISCUSIÓN:

-La presencia de un farmacéutico en planta es útil dadas la cantidad de IF realizadas y aceptadas. En pacientes con alzheimer las IF más frecuentes fueron PRM1, porque el paciente no estaba tomando su medicación crónica (en la mayoría de los casos era la medicación para la demencia) y PRM3, debido a los problemas de deglución que presentan estos pacientes requiriendo SNG, los medicamentos no estaban ajustados a esta vía de administración. - Las acciones de mejora han sido bien acogidas(principalmente la guía de apoyo para el médico), que servirá para mejorar el uso de medicamentos y por lo tanto la seguridad del paciente con alzheimer.

P098.– CALIDAD E IMPLICACIÓN DEL PERSONAL.

MERINO-PLAZA MJ, ESTELLES-VICENT A, NAVARRO-GONZALEZ MA, VIOLERO-LUCAS O, BONIAS-MIRA P, BERTOMEU-GINESTAR R.

HOSPITAL DOCTOR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

Existen dos percepciones de la calidad. -La calidad tangible, que responde a demandas y expectativas concretas (función, tiempo, evaluación, grado de consecución de objetivos, indicadores…) -La calidad intangible, que responde a expectativas y deseos emocionales (trabajamos con personas, y está próxima a la psicología: actitudes, comportamientos, atención, credibilidad, coherencia, lealtad…) -La tarea más importante es motivar a las personas que tenemos a nuestro alrededor (o al menos, no desmotivarlas) -El mayor reto es conseguir la automotivación del personal, como afán de superación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Uso de la calidad como herramienta de mejora a nivel personal (saber escuchar, empatía, autocontrol, inculcar la máxima del "saber, querer y poder"…) -Planificar las actividades y ser proactivo, anticipándose a las situaciones y evitando los conflictos en la medida de lo posible -Ser positivo y dialogante y compartir los planes y proyectos -Enseñar al personal a llevar una buena gestión del tiempo -Confiar en las habilidades de las personas y pedir a cada uno en función de su potencial -Dar formación y potenciar la autoestima -Crear conciencia de grupo y potenciar el trabajo en equipo -Favorecer la participación.

RESULTADOS:

El grupo de Servicios Generales de la Comisión de Calidad del centro tiene una composición muy heterogénea, pero la experiencia está siendo muy enriquecedora, ya que al abordar y discutir los problemas de la organización con mentalidad abierta y teniendo en cuenta los puntos de vista de los distintos profesionales (pinches de cocina, personal de lavandería, personal de limpieza, auxiliares, celadores, administrativos, personal de enfermería, supervisoras y facultativos), en muchas ocasiones se encuentran soluciones fáciles a problemas crónicos, aplicando la máxima de que la

calidad es el sentido común estructurado Como ejemplos de los logros, cabe citar la disminución del nº de errores en las dietas al subir las hojas de incidencias a las plantas a primera hora de la mañana, la disminución en el nº de incidencias en lencería, el establecimiento de un uso adecuado de los guantes por el personal de limpieza o el incremento de la variabilidad de los postres en las dietas tras la instauración de un registro.

DISCUSIÓN:

La cultura de la calidad, si se implanta adecuadamente, ayuda a aumentar la implicación del personal. Se trata de aprender, todos de todos, juntos, en una dinámica que se realimenta continuamente y conduce a los trabajadores a la pasión por lo que hacen, lo que les motiva a hacerlo mejor y a transmitir esa pasión a otros trabajadores, a pacientes y a todos aquellos con los que se relacionan, lo que produce, entre otros efectos, que mejore el clima laboral, que la organización sea apreciada por los pacientes por el nivel de servicio ofrecido y más valorada por las entidades colaboradoras y la sociedad en general. Si esta dinámica se implanta bien, los conflictos, problemas y dificultades se reducen y el rendimiento aumenta para todos.

P099.– APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO "MASLACH BURNOUT INVENTARY" (M.B.I.) A UNA MUESTRA DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL DR MOLINER.

MERINO-PLAZA MJ, TRULL-MARAVILLA E, NEBOT-SÁNCHEZ MC, VICENTE-CUENCA E, MARTÍNEZ-ASENSI A, ORTI-BRUNO C.

HOSPITAL DOCTOR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

-Conocer el grado de burnout del personal -Obtener el perfil de la vulnerabilidad y recursos de los distintos grupos de empleados, analizando las relaciones entre distintas variables para conocer las cusas y las necesidades de intervención y prevención -Poner en marcha talleres para entrenar al personal en técnicas y conocimientos de prevención y afrontamiento del síndrome -Realización periódica de encuestas laborales para tener información actualizada -Mejorar la calidad de vida de los trabajadores y la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Realización de sesiones informativas para el personal para explicar en qué consiste el cuestionario, el motivo de su aplicación y las medidas posteriores a realizar con los resultados -Envío de los cuestionarios con la nómina al personal para su realización de forma anónima El cuestionario aplicado es el M.B.I de Maslach y Jackson, compuesto por tres escalas: cansancio emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal. La versión española de 1997 ha sido ampliamente utilizada en el ámbito sanitario Al cuestionario se han añadido variables sociodemográficas, organizacionales y protectoras.

RESULTADOS:

N 93.

82% mujeres, 18% hombres.

Edad: dos picos: 35-45 años 38%, 45-50 años 24%.

Tipo de contrato: 53% interinos, 39% fijos, resto eventuales y acúmulo de tareas.

Antigüedad laboral dos picos: 10-15 años (27%), > 20 años (27%).

Tiempo en el actual puesto dos picos: 5-10 años (28%), <3 años (22%).

La media total de las subescalas presenta puntuaciones dentro de la normalidad comparada con otros centros y con los baremos españoles, pero considerando los resultados individuales se observa:

33% de la muestra sufre cansancio emocional, 27% despersonalización y 21% baja realización personal.

32% de la muestra tiene una de las variables afectadas, 16% con dos variables afectadas y 6,5% con las tres variables afectadas.

Considerando el tener una variable afectada como dato significativo, el 55% de la muestra presenta algún signo de burnout.

Las mujeres sufren mayor cansancio emocional y menor despersonalizacion.

Hay alta prevalencia de despersonalizacion en el Grupo C, junto a baja realización personal.

El grupo E presenta el mayor grado de cansancio emocional, siendo un grupo normalmente no estudiado y que debe tenerse en cuenta. Su alta puntuación en cansancio emocional y baja realización personal lo hacen especialmente vulnerable.

DISCUSIÓN:

En nuestro centro coexisten empleados con diferentes características personales, situacionales y laborales En este estudio se trata de realizar un perfil de las dificultades y recursos de cada grupo para valorar, prevenir e intervenir en la sintomatología clínica y salud del personal, tanto a nivel individual como a nivel global para mejorar la calidad de vida de los empleados y la calidad asistencial En otros estudios no se plantea una intervención posterior con la realización de talleres para el personal, pero nosotros consideramos éste un objetivo importante contemplado en el Plan de Calidad.

P100.– LA PARTIDA DE UN CAMINO SIN FINAL….ESTRENAMOS CENTRO DE SALUD Y EMPEZAMOS LA MEJORA CONTINUA.

FUSTERO-FERNANDEZ MV, JAEN-BAYARTE E, OÑATE C, PUY-ROC S, SUBIRON AB, GIMENO A.

C.S. VALDESPARTERA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Estrenamos un Centro de Salud urbano el 1 de julio de 2010, con 9.801 pacientes adscritos y una plantilla de 5 médicos, 2 pediatras, 6 enfermeros, 4 administrativos, 1 auxiliar de clínica y 1 celador. Diez meses después los pacientes superan los 16.000 y la plantilla se ha aumentado con 2 médicos, 1 pediatra, 1 enfermero, 1 administrativo y una matrona. La mejora de la calidad asistencial ha sido una de las tareas en las que los profesionales nos hemos involucrado desde el inicio de la actividad con el objetivo de desarrollar una estrategia que nos sirva como instrumento y dirección operativa de las actividades de calidad del centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En estos primeros meses de actividad, se ha formado un grupo de mejora y nombrado un responsable, llevando a cabo las siguientes acciones: 1. Aprobación del reglamento de funcionamiento interno del grupo 2. Definición de misión, visión y valores del equipo 3. Realización de un análisis DAFO de la situación 4. Instalación de sistema de recogida de sugerencias 5. Análisis de reclamaciones y sugerencias recibidas 6. Priorización de los problemas detectados con técnicas de consenso. Tras la priorización se han seleccionado dos líneas de mejora para 2011: I-Mejora de la información que tiene la población acerca del funcionamiento y los servicios de su centro de salud. II-Mejora de la seguridad clínica en el centro de salud.

RESULTADOS:

Se han llevado a cabo 13 reuniones del grupo de mejora. Se ha realizado el análisis de las reclamaciones (88) y sugerencias (13) Se ha creado un libro de recogida de noticias (dossier de prensa) del centro Se ha presentado un proyecto al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora

de la Calidad de la Comunidad Autónoma titulado "Estrategia de mejora de la calidad del Centro de Salud Valdespartera 2011" que ha sido aprobado. Dentro de las dos líneas de mejora seleccionadas, se han realizado ya las siguientes actividades: • Diseño de tríptico informativo para la población adscrita • Alianza con una publicación mensual del barrio, para disponer de un espacio dedicado al centro con información de actividades y espacio para la educación para la salud (4 artículos). • El programa "Ven y aprende a cuidarte", dentro del cual ya se han impartido, dos talleres: El Puerperio para madres primerizas"y Técnicas de relajación y dos conferencias "Aprender a vivir con la fibromialgia" y "Aprende a cuidar tu corazón."

DISCUSIÓN:

Se ha diseñado e implantado un plan de calidad en un centro de salud de nueva apertura, que en sólo unos meses de funcionamiento nos permite, y nos va aseguir permitiendo en el futuro, ordenar y dirigir de forma operativa las actividades de calidad de nuestro centro de salud. Los resultados conseguidos en el breve tiempo trascurrido nos animan a continuar con este plan contando con el entusiasmo de los profesionales y esperando el apoyo de los directivos para recorrer el permanente y esperanzador camino de la mejora continua.

P101.– ESTUDIO PILOTO DE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL.

VALLE-MARTIN B, VEGA-MENENDEZ D, JIMENEZ-TOSCANO M, LORENZO-MARTINEZ S, RODRIGUEZ-MUÑOZ T, MARTINEZ-MORON V.

HOSPITAL UNIVERSIARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

Valorar la eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) del nervio tibial posterior en pacientes con incontinencia fecal (IF) –muy limitante de la calidad de vida-, técnica no invasiva, de fácil procedimiento, económica y sin complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: hospital público de 448 camas. Período de estudio: 2010-11. Estudio preliminar prospectivo no aleatorio de 17 pacientes con IF que cumplen los criterios de inclusión y aceptan el procedimiento. Instrumentos de medida: evaluación basal mediante manometría, ecografía anal, diario de defecación, RNM pélvica, colonoscopia, y escalas: severidad incontinencia (Wexner), calidad de vida (SF-36), calidad de vida en la IF (FIQL) y analógica de rangos IF (VAC). La técnica se realiza durante un mes con electroestimulador durante 20 minutos/día/5 días/semana. Se realiza análisis intermedio: diario defecatorio, escalas de incontinencia (Wexner y VAC) y calidad de vida (SF-36 y FIQL). En caso de mejoría clínica los pacientes continúan tratamiento 2 meses. Evaluación funcional al tercer mes: examen físico, manometría, diario defecatorio y escalas de incontinencia y calidad de vida. Seguimiento trimestral.

RESULTADOS:

17 pacientes satisfacen criterios de inclusión. Al final del primer mes 14 pacientes (82,35%) continúan el tratamiento. Edad 8,86 ± 7,23 años. EL 57% IF asociada a incontinencia urinaria. Mediante un modelo lineal de medidas repetidas se valora la media del Wexner (R 0-20) de los pacientes con IF: primer día de tratamiento (11,33±1,70), al mes de tratamiento (8,00±1,57), a los tres meses de tratamiento (6,11±1,38), y después de 3 meses sin tratamiento (5,33±1,06) con IC=95%. Se valora el VAC (R 0-10) el primer día de tratamiento (2,25±0,88), al mes de

tratamiento (4,25±0,45), a los 3 meses de tratamiento (6,50±0,98) mejorando significativamente y se mantiene la puntuación a los 3 meses sin tratamiento (6,50±0,90) con IC=95%. La evolución del FIQL en: 0 meses-3 meses de tratamiento: estilo de vida (3,03 ±0,33 -3,48±0,236), conducta (1,98±0,33- 2,91±0,30), depresión (2,65±0,32-3,42±0,25) y vergüenza (2,33±0,28-2,99±0,22). Se comparan medias por prueba T para una muestra entre cada una de las dimensiones del SF-36 de nuestros pacientes con IF frente a la población normal española. Se encuentra peor calidad de vida de dichos pacientes en todas ellas siendo la diferencia estadísticamente significativa en rol físico (39,96 $p< 0,015$), función social (19,46 $p< 0,04$), salud general (16,83 $p< 0,019$).

DISCUSIÓN:

El TENS en el nervio tibial posterior es una técnica adecuada para tratar IF, y una alternativa buena en relación calidad-coste comparada con otras técnicas modulares. Las variables emocionales y de calidad/satisfacción requieren un período más largo de estudio para ver mayores cambios. La calidad de vida de los pacientes con IF es peor que en población normal española sobre todo en las dimensiones físicas.

P102.– IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES: PLAN DE COMUNICACIÓN DEL HOSPITAL DR MOLINER.

ROCA-CASTELLÓ MR, MERINO-PLAZA MJ, TRULL-MARAVILLA E, ORERO-VIDAGANY R, SÁNCHEZ-ROLDAN MD, LAZARO-BLASCO AM.

HOSPITAL DOCTOR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

-Desarrollar la cultura organizativa y la motivación del personal, mejorar el clima laboral y aumentar la calidad del servicio. -Mejorar el espíritu de equipo, actuando a todos los niveles de la Organización, ya desde el momento de la incorporación del profesional. -Gestionar adecuadamente el conocimiento y el talento de las personas -Hacer que todo el personal perciba que es parte integrante del proyecto. En todos los modelos de Calidad Total se defiende la idea de que las personas son el principal activo de las organizaciones, pero lo realmente importante es que los gestores lo crean y las personas lo sientan, para poder desarrollar el capital humano y la capacidad emprendedora del personal. Por eso, en nuestro centro, se ha apostado por tratar de mejorar la gestión de las personas a través de la Comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Análisis DAFO para el diagnóstico de la situación -Elaboración y difusión de documentos para mejorar la Comunicación: *Plan de Acogida para el personal de nueva incorporación *Plan de Comunicación Interna *Plan de Comunicación Externa -Definición de las principales líneas de actuación -Implantación de las acciones propuestas.

RESULTADOS:

Con el Plan de Acogida, se da a conocer a los trabajadores de nueva incorporación, la Cultura de nuestra Organización, generando una actitud positiva de pertenencia y facilitando su integración al puesto de trabajo. Los Mandos Intermedios, además de recibir al personal, e integrarlo en sus Unidades de destino, realizan una evaluación de su grado de adaptación para que el personal sienta que su labor es importante y que su opinión se escucha. Con la puesta en marcha de los Planes de Comunicación Interna y

Externa, se están implantando medidas, como los Talleres de Formación en Comunicación, los buzones de sugerencias, las encuestas de Burnout y de clima laboral o la actualización de la página web del centro. Estas acciones proporcionan medidas de percepción que son útiles para localizar áreas de mejora y permiten aplicar acciones correctivas para mejorar la comunicación y el clima laboral del centro.

DISCUSIÓN:

La Comunicación Interna sirve para reforzar la cultura de la organización y para obtener nuevos comportamientos y nuevas mentalidades, aumentando la voluntad de hacer juntos. El problema central en las relaciones humanas es la comunicación. Es difícil ser escuchados por los colaboradores si éstos, a su vez, no están convencidos de que efectivamente, se les escucha también a ellos. Para mejorar el clima laboral de cualquier organización, es importante que sus miembros se sientan parte integrante de la misma, y para ello, la comunicación es una herramienta fundamental. Se trata de aprender todos de todos. El conocimiento, las ideas y el talento se encuentran en cualquier persona pero también, en sus interacciones. Si el personal adquiere una cultura emprendedora, con compromiso, dedicación e ilusión, actuará como motor de crecimiento y se generarán oportunidades de mejora para todos.

P103.– IMPORTANCIA DE LA EXISTENCIA E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES.

ROCA-CASTELLÓ MR, MERINO-PLAZA MJ, BOTELLA-TRELIS J, NEBOT-SANCHEZ MC, SÁNCHEZ-ROLDAN MD, GIL-APARICIO MD.

HOSPITAL DOCTOR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

-Impulsar un cambio cultural que favorezca el liderazgo de la Dirección en la gestión de la calidad y que implique a todos los trabajadores -Lograr que la mejora continua de la calidad y su evaluación sean vistas como una responsabilidad profesional -Garantizar un sistema para monitorizar, mantener y mejorar la calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Definir la Política y Estrategia de la Organización -Marcar objetivos claros y bien definidos, para alcanzar la estrategia -Definir indicadores para realizar el seguimiento del grado de consecución de los objetivos -Crear un entorno de trabajo adecuado, mejorando la comunicación y el clima laboral -Crear la estructura documental necesaria para controlar y gestionar los procesos -Impartir formación al personal para introducir la cultura de la calidad en la organización.

RESULTADOS:

Los logros que persigue la implantación del Plan de Calidad son: -La mejora continua de los servicios y procesos -Dar confianza a la dirección y a los empleados de que los requisitos de la calidad se están cumpliendo y manteniendo -Dar confianza a los pacientes de que los requisitos para la calidad se están alcanzando en el servicio prestado En estos momentos se ha elaborado un Plan de Calidad basado en la evaluación EFQM realizada en el centro. En este Plan se ha definido un documento de Objetivos e Indicadores y se han identificado las Líneas Estratégicas y las acciones necesarias para el desarrollo de los objetivos. A partir de dicho documento, se ha elaborado un Cuadro de Indicadores para el Plan de seguimiento de los objetivos. De este modo, a partir del seguimiento de los indicadores, es más fácil priorizar acciones e identificar áreas de mejora, aplicando el ciclo de Mejora Continua.

DISCUSIÓN:

En el centro se trabaja mucho bien, pero: -El trabajo está disperso -Falta uniformidad y estandarización -Faltan indicadores y registros Tras la puesta en marcha del Plan de Calidad, edición 2011-2013 se intenta: -Conocer las expectativas, necesidades y grado de satisfacción de los grupos de interés. -Planificar y protocolizar -Diseñar procesos e indicadores para monitorizar su evolución Con la aplicación del proceso de Mejora Continua se tratará de consolidar los resultados obtenidos e incrementar los logros. Para asegurarse de que la mejora se va a producir de modo continuo e independiente de las personas que se ocupen en un momento dado de los temas relacionados con la calidad en la organización, la búsqueda de áreas de mejora debe tratarse como un proceso más de la organización, identificando sus entradas y sus salidas, y gestionándola en base a proyectos. Se deben buscar las oportunidades de mejora de forma sistemática y proactiva, utilizando fuentes de información fiables para identificarlas. Una de las principales entradas al proceso de mejora continua, será el análisis del cumplimiento de los indicadores y objetivos de los procesos clave de la organización, ya que si estos objetivos no se cumplen, el funcionamiento de la organización se verá afectado.

P104.– PROCESO DE TRASLADO Y APERTURA DEL HOSPITAL LUCUS AUGUSTI: DECÁLOGO DE ACTIVIDADES CLAVE.

RUBIAL-BERNÁRDEZ F, CAMINO-FERNÁNDEZ E, LÓPEZ-SOMOZA C, PEREZ-TABOADA MJ, FERREIRA-DÍAZ MJ, FERNÁNDEZ-LÓPEZ A.

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI - SERGAS. LUGO.

OBJETIVOS:

La tarea más complicada a la que puede enfrentarse una organización sanitaria tan compleja como un hospital es un proceso combinado de traslado-apertura, ya que la coincidencia de ambas situaciones obliga, además de a asumir tareas específicas de esta última, a desarrollar actividades que garanticen durante todo el proceso la atención a la población asignada sin reducir la asistencia prestada, al tiempo que se potencia la percepción de los nuevos recursos como un éxito desde el inicio de su funcionamiento. El objetivo planteado es presentar los elementos críticos para el éxito del traslado y apertura de un hospital, apoyándonos en la experiencia adquirida con el Hospital Lucus Augusti del SERGAS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se efectuó por parte del equipo directivo del centro un análisis de todas las actividades realizadas sometiéndolas a un proceso de agrupación y priorización.

RESULTADOS:

Las tareas que resultan claves en un proceso de traslado y apertura de un hospital son las siguientes: -Crear, impulsar y dirigir una organización específica y paralela para la realización de las funciones relacionadas con la construcción, dotación, equipamiento y puesta en marcha, sin que las actividades del día a día interfieran en el proceso. -Identificar y detectar las oportunidades de progreso y necesidades de cambio que la utilización del nuevo marco físico genera para toda la organización, fomentando la reingeniería de procesos. -Gestión del equipamiento: adquisición/traslado, planificación de la recepción y entrada en funcionamiento. -Reordenación de los RRHH y establecimiento de un plan de formación. -Comprobación y verificación de las intalaciones orientado a maximizar la

seguridad. -Verificación exhaustiva de tareas a acometer en las etapas previas al inicio de la actividad asistencial. -Planificar el proceso y la secuencia de traslado de pacientes y recursos. Diseño de la logística de ejecución. Ralentización de las actividades asistenciales críticas. -Definir los recursos a funcionar en duplicado. -Planificar, impulsar y verificar la ejecución de un plan de comunicación que garantice el éxito del traslado, tanto para el público interno como para el externo. -Establecer un plan de ajuste y resincronización funcional y acometerlo con diligencia.

DISCUSIÓN:

El proceso de traslado y apertura de un hospital exige, más que ninguna otra actividad directiva, un esfuerzo coordinado en el que se mezclen a partes iguales rigor, metodología y sentido común. Los elementos fundamentales del proceso son esencialmente de tipo estructural, garantizando que el nuevo emplazamiento tenga todas las garantías necesarias para que el proceso se produzca con completa seguridad para pacientes, usuarios y profesionales. A nuestro juicio, la situación de más difícil manejo viene dada por la necesidad de combinar el montaje y puesta en marcha de un nuevo hospital con la imprescindible cobertura de las demandas asistenciales de la población.

P105.– MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS.

FERRER-PÉREZ JJ, GARCÍA-RAMIREZ MR, LÓPEZ-ALEGRÍA R, CANO-REYES A, ABAD-IZQUIERDO S, MORALES-AYALA JM.

H.G.U. REINA SOFÍA. ÁREA VII MURCIA- ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Los registros son herramientas que facilitan la continuidad de los cuidados, favorecen la comunicación entre los miembros del equipo, permiten realizar evaluaciones de la práctica asistencial y son fuente de datos para la investigación. Recogen de forma sistemática los datos sobre el estado de salud del paciente, su evolución, cuidados ofrecidos y variaciones de su situación, evitan omisiones, repeticiones innecesarias y errores, cubriendo las exigencias legales con el registro de todas las actividades realizadas. Objetivos •Conocer el nivel de cumplimentación del registro de enfermería de Urgencias •Implicar a los profesionales de la unidad en la evaluación y mejora de la cumplimentación del registro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ciclo de Mejora 1ª Evaluación: • Criterios: C1. Aparece al menos una valoración de la escala de Glasgow C2. La escala de Downton está cumplimentada C3. La escala de Norton está cumplimentada C4. Aparece registrado Tipo y nº sonda C5. Aparece registrado el número del Catéter venoso C6. Está registrada la Fluidoterapia por turno C7. Está registrada la TA por turno C8. Está registrada la FC por turno C9. Está registrada la Tª por turno C10.La Diuresis está registrada por turno C11. Aparece registrada la presencia de Alergias C12. Se registra la colocación de la Barandilla y el Freno de la cama C13. Aparece Nombre y Apellido, Turno y Fecha de la enfermera responsable del paciente en el turno. •Dimensión estudiada: calidad cientifico-técnica •Tipos de datos: proceso •Unidades de estudio: pacientes ingresados en camas de observación más de 1 hora. Profesionales de enfermería •Periodo de tiempo evaluado: 15 días •Fuentes de datos: Registro de Enfermería de Urgencias •Identificación y muestreo de las unidades de estudio: Todos

los pacientes ingresado más de 1 hora en Camas de Observación. Tipo de evaluación: Interna

RESULTADOS:

C1: 71%, C2: 57%, C3: 57%, C4: 63%, C5: 61%, C6: 48%, C7: 96%, C8: 49%, C9: 95%, C10: 61%, C11: 83%, C12: 27%, C13: 84%

Totalmente cumplimentada: 1%

Cumple más de 7 criterios: 61%

Acciones de Mejora

Reuniones Informativas y de consenso sobre el ciclo de mejora iniciado en la unidad:

-Información sobre resultados.

-Responsables para liderar el ciclo.

-Colocación de un buzón de sugerencias

-Asisten 16 Auxiliares de Enfermería y 21 Enfermeras y los 2 supervisores.

-Elaboración de un documento con las normas de cumplimentación del registro

-Entrega del documento a cada profesional, información y aclaración de dudas

Reevaluación.

Totalmente cumplimentada: 36%

Cumple más de 7 criterios: 97%

Mejora significativa ($p<0,001$): C1: 95%, C2: 97%, C3: 97%, C5: 92%, C6: 79%, C10: 87%, C11: 96%, C12: 84%, ($p<0,05$): C13: 96%; C8: 68%.

No Significativo: C4: 79%, C7: 96%, C9: 95%

DISCUSIÓN:

La participación de los profesionales de enfermería en las acciones de mejora emprendidas han contribuido de forma favorable en la correcta cumplimentación del registro de enfermería.

P106.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE CONTABILIDAD DE ESTUPEFACIENTES EN DOS UNIDADES DE UN HOSPITAL.

ROBLES-BRABEZO JM, GONZALEZ-PONCE C, GARCIA-VERA C, GIMENEZ-ALBADALEJO JR, GONZALEZ-NAVARRO A, HERNANDEZ-MENDEZ S.

AREA III H RAFAEL MENDEZ. LORCA.

OBJETIVOS:

Analizar y mejorar el sistema de registro de uso de estupefacientes en Quirófano y Unidad de Hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza ciclo de Mejora, tras detectarse un bajo registro del libro de contabilidad de estupefacientes de los Servicios de Quirófano y Medicina Interna. Se elaboran 8 criterios de calidad que incluyen c1: nombre del medicamento, c2: dosis, c3: fecha, c4: identificación del paciente., c5: nº unidades administradas, c6: stock actual, c7: identificación enfermera y c8: médico prescriptor. Todos los criterios son de proceso y la dimensión estudiada es la calidad científico técnica. Los receptores del servicio son los Pacientes de Quirófano y Medicina Interna a los que se les administra estupefacientes, los proveedores son Enfermeras de los Servicios de Quirófano y Medicina Interna y el período estudiado es Julio 2010. La fuente de datos es Libro de Contabilidad de Estupefacientes, y los datos sobre cumplimiento de criterios se obtienen mediante los registros del libro de contabilidad de estupefacientes de los servicios evaluados.

RESULTADOS:

Se evaluaron todos los casos durante Julio 2010 (180), encontrándose los mayores incumplimientos en los criterios c2, c4, c7 y c8 con una frecuencia relativa de incumplimientos de 45,45%, 33,84%, 12,88% y 6,31% respectivamente. El resto de criterios tenían un cumplimento cercano al 100%.Se priorizaron acciones de mejora que consistieron en la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo, reuniones con Supervisores de las unidades implicadas para consensuar el procedimiento, presentación de los resultados de la 1ª evaluación,

asignación al Supervisor de la Unidad de la revisión periódica del libro y la formación del personal de enfermería, a través de sesiones presenciales. En la 2ª evaluación se estudiaron otros 180 casos en el mes de Octubre 2010, y se observó una mejora relativa en c2 de 27,8%, c4 de 96,1 %, c7: 64,9% y c8:64,0% siendo $p < 0.001$ en todos ellos.

DISCUSIÓN:

La estimación de la mejora conseguida permite concluir que se ha mejorado el registro correcto del uso de los estupefacientes, obteniéndose un mayor cumplimiento de todos los criterios. Esta mejora redunda en un mejor control del stock existente en las unidades, mejora la seguridad el paciente y evita el uso inadecuado de estos fármacos.

P107.– DISEÑO METODOLÓGICO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE CUIDADOS EN ÁREA OBSTÉTRICO-PEDIÁTRICA EN UNA GERENCIA UNICA.

GUEVARA-BARAZA D, MULA-LAGARES C, ROMERA-NAVARRO MA, FRANCO-LOPEZ M, ALBALADEJO-ORTEGA B, MARTINEZ-SOLANO MJ.

AREA III H RAFAEL MENDEZ. LORCA.

OBJETIVOS:

Elaborar una herramienta de trabajo informatizada mediante SELENE que nos permita emitir informes de cuidados de enfermería en el área obstétrica-pediátrica adaptándonos al conjunto mínimo de datos del real decreto 1093/2010 de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud, para conseguir continuidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En octubre de 2010 tras conocer y estudiar el real decreto, se empieza a analizar los registros existentes tanto en formato papel como en los formularios de SELENE , paralelamente se establece un grupo de trabajo compuesto por enfermeras y matronas de Atención Primaria y Hospitalaria y personal de SELENE y se desarrolla la propuesta de trabajo elaborando un dossier de planes de cuidados con interrelaciones NANDA-NOC-NIC con los que queríamos trabajar inicialmente, por otro lado establecemos las fases y tiempos para desarrollar el proyecto. Las Fases propuestas fueron: Composición del equipo multidisciplinar, redacción del proyecto, presentación/información del proyecto a Gerencia y Dirección, trabajo de campo por equipo multidisciplinar, fase de pilotaje y formación de profesionales mediante Enfermero de Metodología dentro de la jornada laboral y de manera personalizada en funcionalidades de la nueva aplicación y sobre conocimientos en Metodología Enfermera. Actualmente nos encontramos en la fase de pilotaje, depurando la herramienta para ponerla en producción.

RESULTADOS:

Debido a que nos encontramos en la fase pilotaje y empezando la de formación de los profesionales no hemos obtenido resultados a nivel cuantitativo(Nº de profesionales formados ó Nº de Informes realizados) pero si que

encontramos positivo el que hayamos podido conjugar factores tan importantes como: tiempos de actuación de enfermería, agilidad en el registro mediante la nueva aplicación, adaptación a la nueva normativa de los informes del Sistema Nacional de Salud, mejora del diseño del anterior informe, entrelazar datos de la madre y del niño y emitir un solo informe, y sobre todo establecer unos mínimos de continuidad asistencial consensuados por profesionales de distintos ámbitos de nuestra área de salud.

DISCUSIÓN:

Tras la realización de los pertinentes test de comprobación del funcionamiento de la nueva aplicación en SELENE se ha generado una herramienta de trabajo informatizada que nos permite de una forma ágil y sencilla elaborar informes de cuidados de enfermería en el área obstétrica pediátrica según la legislación vigente.

P109.– GESTION DE RECLAMACIONES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

IZQUIERDO-PELÁEZ V, MORILLO-CADIERNO* RM, BARROSO-GUTIERREZ C, DEL NOZAL-NALDA M, GÁLVEZ-MUÑOZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Dentro de las estrategias que la Dirección de este hospital tiene implantadas en 2011 se encuentra disminuir el porcentaje de reclamaciones imputadas a cada Unidad de Gestión Clínica, incorporándolas como objetivo vinculado a todas ellas desde un punto de vista multidisciplinar para su valoración en la evaluación anual de las unidades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El Centro Coordinador de Procesos Estratégicos (CCPE) constituido por enfermeras, para alcanzar este objetivo establece tres líneas de trabajo: Gestionar la documentación referente al personal de enfermería enviada desde el Servicio de Atención al Ciudadano(SAC) a través del circuito de gestión de reclamaciones ya existente que incluye:valorar si la imputación de la reclamación es correcta,establecer la gravedad de los hechos,entregar y comentar la reclamación con los cargos intermedios,recepcionar y validar el informe de respuesta y envío del informe de respuesta al SAC en el plazo establecido Atención a pacientes ingresados o a sus familiares para mediar en aquéllas situaciones que requieran una solución inmediata Colaborar con los profesionales de enfermería en las unidades: participando en el análisis mensual de las reclamaciones en sesiones multidisciplinares en las que se decidan acciones de mejora identificando los motivos más frecuentes de queja,asesorando en la confección de los informes de respuesta al SAC, difundiendo un nuevo protocolo de reclamaciones por Trato,y facilitando las cifras de las reclamaciones para incorporarlas como un nuevo ítem en los cuadros de mando de los supervisores.

RESULTADOS:

Iniciamos estas líneas de trabajo en Enero de este año y en comparación con el primer cuatrimestre de 2010 podemos constatar que los resultados obtenidos son satisfactorios ya

que de los 122 escritos recibidos en 2011 un 54.9% corresponde a Reclamaciones,el 39.3% a Agradecimientos y el 3.2% a reclamaciones por Trato y en el año 2010 se gestionaron 67 escritos de los cuales el 49.2% son reclamaciones,el 38.8% son Agradecimientos y el 11.9% reclamaciones por Trato.

DISCUSIÓN:

En el CCPE confiamos en el buen desarrollo de las actuaciones establecidas;la atención personalizada a pacientes ingresados y familiares es siempre bien acogida pues lo perciben como una actuación de calidad en la asistencia y se traduce en muchas ocasiones en agradecimientos escritos La inclusión como objetivo del porcentaje de reclamaciones y su evaluación en la valoración anual en las unidades,va a contribuir en la disminución de las mismas,así como que el profesional se interese en el grado de satisfacción del usuario y se implique en las acciones de mejora.Es significativo el dato que indica la disminución de las reclamaciones por trato de 11.9% a 3.2% El hecho de que las reclamaciones hayan aumentado es debido a la tendencia al alza del ciudadano a dejar constancia de su queja por escrito aunque las cifras de la población atendida en el hospital sea la misma.Esperaremos al siguiente corte para evaluar la estrategia establecida.

P110.– DEL MODELO EFQM A LA GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN MUTUALIA.

FERNÁNDEZ-MUJIKA M., ETXENAGUSIA-CAPELASTEGUI V., HUIDOBRO-DE DIEGO V., LEKUNBERRI-HORMAETXEA I., SAINZ DE VICUÑA-BRAVO L., ULIBARRENA-SAINZ MA.

MUTUALIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

Ya en 1998 Mutualia detectó la necesidad de aplicar un nuevo método de gestión que propiciase una mejora tanto de los procedimientos de trabajo, como de los resultados obtenidos en la organización, y optó por una gestión en base a los principios de la Excelencia. Una de las actividades principales de la mutua es la prestación de servicios sanitarios y, por tanto, el despliegue de este modelo de gestión a los procesos asistenciales se convertía en un reto fundamental, ligado a una mayor eficiencia en la gestión de recursos y a una mayor calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para ello, Mutualia ha partido de su Misión, Visión y Valores, y de las líneas estratégicas que se derivan de ellas: orientación a clientes, compromiso con las personas, innovación, eficiencia y compromiso con la sociedad. A través de su Plan Estratégico, ha desplegado estas líneas a todos los procesos que integran su mapa de procesos; entre ellos, el proceso operativo de Prestación de Servicios Sanitarios. De esta manera, cada proceso cuenta con sus propios objetivos y estrategias a cumplir en el horizonte del plan, y con su equipo de proceso que, liderado por su responsable, se encarga de llevar las estrategias a la práctica y hacer seguimiento de los resultados, realizando ajustes cuando es necesario. En 2011, Mutualia ha decidido dar un paso más, desarrollando los equipos de subproceso y servicio como un elemento de mayor despliegue e implicación de líderes y más personas en la gestión. De esta forma, cada subproceso y servicio sanitario cuenta con su propio equipo, acciones e indicadores, asegurando así una mayor capilaridad.

RESULTADOS:

La inmersión de Mutualia en este modelo de gestión ha conseguido una mayor implicación de las personas y la incorporación de numerosas mejoras en los servicios prestados y en la propia gestión de Mutualia, logrando que la entidad sea un referente en el sector de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Además, esto le ha llevado a la obtención de numerosos premios y acreditaciones, como la ISO 9001:2008 a su Sistema de Gestión de Calidad; la Q de Plata en 2005; la Q de Oro en 2008; el Premio Iberoamericano de Calidad, en su categoría Plata, en 2009; y la OHSAS 18001:2007 a su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en 2011. Y, lo que es más importante, el despliegue a subprocesos y servicios está logrando que el personal asistencial que los compone sienta el modelo de gestión y su aplicación como algo integrado en su actividad diaria, y que contribuye a una mayor calidad asistencial.

DISCUSIÓN:

La experiencia de Mutualia pone en evidencia que el modelo no es prescriptivo, que cada organización define su sistema de gestión y que, aplicando de forma continuada el ciclo de mejora continua PDCA, es posible continuar mejorando en el camino hacia la Excelencia y hacer que las personas integren en su día a día todos los elementos necesarios para gestionar una organización.

P111.– ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

CELDRAN-LORENTE J, MARTIN-GARCIA SANCHO J, OLMOS-VILLAPLANA E, MARTINEZ-SERRANO J.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQU. EL PALMAR.

OBJETIVOS:

Siendo un objetivo de la Consejería de Sanidad establecer un sistema de gestión de la calidad mediante procesos en todos los centros sanitarios, nos propusimos poner en marcha dicha estrategia de gestión por procesos en la red comunitaria de salud mental. OBJETIVO PRINCIPAL: Elaborar y poner en marcha una estrategia de gestión por procesos en todos los centros y unidades de la red de salud mental. OBJETIVOS ESPECIFICOS: 1.Formar metodológicamente en calidad asistencial y gestión por procesos a los responsables de los distintos dispositivos que conforman la red, para la elaboración conjunta del Proceso de Continuidad Asistencial 2.Proporcionar al menos al 75% de los profesionales de la red de salud mental los conocimientos y habilidades necesarios para implantar el enfoque basado en procesos 3.Diseñar por parte de cada centro su mapa de procesos (mapa 0) y un proceso asistencial común, el de acogida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La estrategia de implantación fue desplegada en tres tiempos: 1.Formación en gestión por procesos y en metodología de calidad asistencial a todos los responsables (coordinadores y jefes de servicio) de los diferentes dispositivos que conforman la red de salud mental. 2.Realización de un curso para los profesionales de la red proporcionándoles los conocimientos y habilidades necesarios para implantar el enfoque basado en procesos. 3.Realización de talleres in situ, en los diferentes dispositivos, para llegar a la totalidad de nuestros profesionales, con la finalidad de que todos los centros y unidades diseñaran su mapa 0 y desarrollaran el Proceso de Acogida.

RESULTADOS:

•Se diseñó e implementó el proceso de Continuidad Asistencial entre unidades y dispositivos hospitalarios y extrahospitalarios de la red de salud mental, cuya evaluación ha mostrado una disminución notable en el abandono prematuro del tratamiento de los pacientes con TMG (trastorno mental grave) en el paso de unos dispositivos a otros. •Dos unidades destacaron por su compromiso con este sistema de gestión, desplegando todos sus procesos asistenciales. Dada la calidad de sus trabajos, fueron publicados como documentos técnicos para las unidades de rehabilitación. •El 85% de los dispositivos presentaron el mapas 0 y el proceso de Acogida.

DISCUSIÓN:

La estrategia ha servido para conocer mejor el funcionamiento de nuestra red, estandarizar los programas asistenciales y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, salvaguardando las circunstancias particulares de algunos centros. Dicha estrategia se convirtió en un estímulo para que los propios profesionales lideren la organización de su actividad asistencial siguiendo la metodología de gestión por procesos. Sólo en aquellos centros donde existe un claro liderazgo se ha implantado la gestión por procesos y en la actualidad se siguen elaborando procesos estratégicos para la red de salud mental.

P112.– ESO DE LA ISO: HERRAMIENTAS PARA SU IMPLANTACIÓN EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

LORENTE-ORTILLES T, BES-FRANCO A, GOMEZ-JULIAN C, JIMENEZ-CALLEJO E, MARTIN-MARTINEZ A, MOYA-ALVAREZ T.

CS: DAROCA. ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR CALATAYUD. CALATAYUD (ZARAGOZA).

OBJETIVOS:

Nuestro Equipo de Atención Primaria es uno de los 9 Equipos de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud, que han obtenido en 2010 el Certificado de Conformidad de su Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008. La Norma exige entre otros requisitos un exhaustivo registro de las actividades realizadas, así como un adecuado control de la documentación del Sistema de Calidad y de la difusión de la misma. En la auditoría interna previa a la certificación se detectaron deficiencias en el control de la documentación, lo que nos llevó a la adopción de las acciones de mejora realizadas durante 2010. Para facilitar la implantación de estás actividades; y así evitar una excesiva burocracia se diseñaron una serie de acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han llevado a cabo estas acciones de mejora: • Diseño y puesta en marcha de página web de uso restringido a los profesionales del equipo de Atención Primaria destinado a la difusión de la documentación vigente de la norma ISO y a la mejora de la comunicación interna entre los profesionales del EAP. • Diseño y desarrollo de la aplicación informática para el registro de: - Equipamiento (sanitario y no sanitario). - Mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones. - Verificaciones y calibraciones de equipos sanitarios. - Actividades de formación continuada en el propio equipo.

RESULTADOS:

1.-Se ha llevado a cabo el diseño y puesta en marcha de una aplicación informática para el registro, tanto del inventario de equipos sanitarios y no sanitarios del EAP, como de las actividades de mantenimiento (verificaciones y

calibraciones)y control de los mismos. Se han introducido en el programa todos los datos del inventario, dando de alta equipos nuevos o incorporando al pasivo los fuera de uso. A lo largo del año se han incorporado sucesivas mejoras en el programa para adaptarlo a las exigencias de la norma ISO y para facilitar su uso.El programa ha ido creciendo hasta constituir una importante herramienta para facilitar la faceta más ardua del proyecto de certificación. 2.-Se ha llevado a cabo el diseño y desarrollo de la Página Web del Centro de Salud, revelándose como un medio eficaz de comunicación entre los miembros del equipo. Ha sido especialmente útil para agilizar la comunicación de las incidencias y sugerencias por parte de los miembros del EAP al equipo de calidad, uno de los puntos clave de los requisitos ISO.

DISCUSIÓN:

Las considerables mejoras que la implantación de estas herramientas ha supuesto en este Equipo de Atención Primaria; han llevado consigo la ampliación del número de Equipos de esta área de salud participantes; tanto para la inclusión en el proyecto de certificación, como en algunas de las acciones llevadas a cabo para mejorar la sistemática de realización de algunos procesos en lo Equipos de Atención Primaria.

P113.– ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN SINASP EN LA CCAA DE GALICIA.

PAIS-IGLESIAS B, RODRIGUEZ-PEREZ B, MARTIN-RODRÍGUEZ MD.

S.X. DESENVOLVEMENTO E SEGURIDADE ASISTENCIAL (SERGAS). SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA).

OBJETIVOS:

1.Presentar la estrategia de formación que se utilizó en la CCAA de Galicia dentro del Plan de Implantación del SiNASP, diferenciando entre Fase I y Fase II. 2.Valorar las ventajas y desventajas de los enfoques empleados en los hospitales de Fase I y los hospitales de Fase II.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Realización de curso presencial SINASP de 10 horas (2 días) centralizado en Santiago de Compostela para los 6 hospitales de la Fase I - Realización de curso presencial SiNASP de 10 horas (2 días) en cada uno de los hospitales respectivos, para los 9 hospitales de la Fase II. - Mantenimiento de una primera reunión con el equipo directivo de los hospitales para orientar la estrategia de formación en cascada en el centro en los hospitales de Fase II. - Difusión y promoción del curso on line SiNASP del Ministerio de Sanidad como estrategia de formación.

RESULTADOS:

Se realizó una única edición de un curso de Formación de Formadores en SiNASP, de 10 horas de duración, en Santiago de Compostela, impartido por la responsable del Proyecto SiNASP del Instituto Donabedian, en la que se formó a 3-4 responsables o personas clave para la implantación del SiNASP de cada uno de los 6 hospitales de Fase I. En total, recibieron formación 30 profesionales.

Se realizaron después 9 ediciones del curso, que se impartieron en los propios hospitales de la Fase II por el equipo SiNASP de Servicios Centrales de la CCAA , y que se ofertó a 30 responsables y/o profesionales clave para la implantación del SiNASP en sus centros. En total, a 31 de mayo, han realizado el curso de Formación de Formadores, un total de 250 profesionales.

Los profesionales que hicieron el curso de Formación de Formadores fueron los responsables de impartir con posterioridad, la Formación en Cascada en sus hospitales.

Se fomentó la realización del curso on line SiNASP del Ministerio de Sanidad una vez realizado el curso presencial de Formación de Formadores o las sesiones de formación presencial en el centro de trabajo. A 31 de mayo de 2011 han obtenido el diploma del curso on line SiNASP en la CCAA de Galicia un total de 8614 alumnos.

DISCUSIÓN:

-Impartir el curso de Formación de Formadores en cada hospital, en lugar de hacerlo en una única edición centralizada, aumenta la complejidad y los costes del proyecto, pero permite hacer llegar a un mayor número de profesionales clave de cada centro una formación más profunda en Seguridad de Pacientes y SiNASP y aumenta el volumen de formadores potenciales. -Hacer una edición única, por el contrario, permite a los responsables SiNASP de cada hospital compartir la experiencia de la formación y conocerse entre sí. -Es todavía pronto para analizar la influencia de uno u otro enfoque sobre el número de notificaciones. -Las reuniones con los equipos directivos han resultado importantes dentro de la estrategia de formación/ implantación del SINASP en los centros. -El curso on line SiNASP ha demostrado ser una herramienta muy potente de difusión y formación del sistema.

P114.– ¿QUE HACEMOS DESDE LA DIRECCIÓN PARA QUE NUESTROS PROFESIONALES MEJOREN EN SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES?.

JOVER-MORENO A, PUJOL-COLOMER J, ALONSO-CARRASCO T, SOLS-LLADO P, BURGUES-BURILLO LL, BARAHONA-ORPINELL M.

HOSPITAL PLATÓ. BARCELONA.

OBJETIVOS:

En nuestro sector desde hace muchos años se debate como, que y porqué, la motivación de nuestros profesionales es cada vez más baja. Es cierto que muchisimos estudios se dan muchas razones desde el punto de vista de la macrogestión para poder justificar dicho fenómeno. En nuestro hospital y concidiendo con nuestro primer Plan Estratégico 2002-2007, decidimos crear estratégias especificas que desde diferentes puntos de vista pudieran incidir en la mejora del clima laboral lo que creiamos, como hipótesis, podria mejorar a su vez la relación de nuestros profesionales con nuestros pacientes. Como ejemplo de la falta de motivación fueron los resultados del grado de implicación de las personas claves de la organización (Comitè Dirección, jefes de servicio y personal clave). Solamente una de treinta y siete, estaba en el dintel de cumplimiento de sus funciones, según dicho estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.- Métodos directos: -Definición Plan de Ética, donde se contempla la relación "organización/profesionales/pacientes". -Definición del perfil de liderazgo -Programa de formación de desarrollo directivo -Desarrollo y implantación de un modelo de competencias - Plan de Mejoras Sociales (para todos los profesionales) - Jornadas Estratégicas (comunicación ascendiente, descendiente y transversal) Donde los propios profesionales escenifican la forma correcta e incorrecta del trato entre paciente y profesional. 2.- Métodos indirectos: - Modelo de calidad EFQM - Gestión por procesos con aplicación en toda la organización - Modelo de gestión de la Responsabilidad y Gestión Social.

RESULTADOS:

En relación al trato paciente/profesional nos basamos en su valoración en 2 parámetros: 1-Relación entre agradecimientos y reclamaciones/sugerimientos. Considerando que la actividad desde el año 2005 al 2011 se ha incrementado (de 10.466 altas a 11.531). El resultado obtenido en estos años, nos muestran que des del año 2005 al 2008 las reclamaciones eran mayor que los agradecimientos. A partir del 2009 se invierte, obteniendo mas agradecimientos anuales que reclamaciones. 2-Encuesta de satisfacción de los pacientes: Realitzada por el Departamento de Salud, nos muestra que de los hospitales de Catalunya hemos pasado de la posición 27 a la posición número 3 en satisfacción.

DISCUSIÓN:

El Cambio Organizativo ha de ser una Estrategia de Gestión. El año 2002 nos planteamos que los Profesionales fueran el eje estratégico y el motor del Cambio. Para conseguirlo ha sido fundamental la implantación de los Procesos Asistenciales y los cambios en la forma de Liderar. Creemos que los resultados avalan nuestro planteamiento estratégico. Solamente con profesionales implicados es posible la mejora continua y consecuentemente la mejora de la cualidad asistencial y del grado de satisfacción de la ciudadanía.

P115.– MEJORA EN LA EMISIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA TRAS VALORACIÓN EN PACIENTES INMOVILIZADOS.

RUIZ-SÁNCHEZ AJ, SOLANO-BROTONS E, TALAVE-LÓPEZ J, SÁEZ-SOTO AR, INIESTA-SÁNCHEZ J, MUÑOZ-PÉREZ G.

ÁREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

La ciencia de la enfermería se fundamenta en una base teórica, y el proceso de enfermería es el método por el que se aplica esta base al ejercicio de la profesión. La propuesta de un lenguaje enfermero común permite la comunicación entre profesionales a través de la Taxonomía NANDA. Los pacientes inmovilizados precisan una gran cantidad de cuidados domiciliarios, al padecer pluripatologías degenerativas que producen dependencia e imposibilidad de acceder a los centros sanitarios. Para garantizar unos cuidados de calidad se dispone de un recurso en atención primaria, la historia clínica informatizada mediante el aplicativo OMI-AP, que nos permite el registro de la información y el correcto seguimiento metodológico del proceso enfermero en la elaboración de planes, identificando problemas, planificando estrategias en los cuidados de estos pacientes y de sus cuidadores y la evaluación de los resultados de nuestras intervenciones. Pese a ello detectamos una baja emisión de diagnósticos de enfermería por lo que nos planteamos este ciclo de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ciclo de mejora. Análisis de la oportunidad a través de diagrama causa-efecto Estudio de nivel de calidad Indicador: Nº pacientes del Servicio "Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados" con al menos 1 Diagnóstico de enfermería identificado tras Valoración Inicial registrado en el Plan de Cuidados/ Nº de pacientes del Servicio "Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados" con valoración de enfermería realizada Dimensión: calidad científico-técnica, datos: proceso, Unidades estudio: Enfermeros y pacientes del Servicio "Atención domiciliaria a inmovilizados de los centros de salud y periféricos del Área VII, Fuente datos: Historia clínica electrónica OMI. Marco Muestral: todos los pacientes

del Servicio "Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados" de los centros de salud del Área VII. Evaluación interna, autoevaluación Acciones de mejora derivadas del análisis: Despliegue Contrato Gestión 2010, Enfermero Dinamizador de Metodología Enfermera en Atención Primaria, Programa formativo: Metodología enfermera, patrones funcionales, NANDA-NOC-NIC, registro de datos en los patrones de salud, análisis e identificación de problemas de salud, manejo del asistente, elección de planes de cuidados estandarizados y 1 Curso Metodología enfermera y OMI. Reevaluación igual metodología.

RESULTADOS:

Profesionales del Área en formación: 73%, nº de sesiones: 119 Resultados 1ª y 2ª evaluación respectivamente: centro 1: 0%, 4%, centro 2: 1%, 12%, centro 3: 1%, 14%, centro 4: 9%, 22%, centro 5: 18%, 37%, centro 6: 0%, 10%, centro 7: 3%, 13%, centro 8: 23%, 28%, centro 9: 0%, 16%, centro 10: 9%, 16%, total indicador 7%, 17% Mejora significativa en el indicador en 8 de los 10 centros.

DISCUSIÓN:

Las acciones de mejora implantadas han sido efectivas, se ha consiguiendo una mejora en la emisión de diagnósticos en paciente inmovilizados en todos los centros del Área.

P116.– PLAN DE FORMACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

BENÍTEZ-RUIZ L, RODRÍGUEZ-ARCE C, PEDRAZA-LÓPEZ S, SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ A, GARCÍA-OREA-ÁLVAREZ M.

H.U. PUERTA DEL MAR. CADIZ.

OBJETIVOS:

Conocer las características de la formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP), acreditada por el Plan Nacional de RCP y por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en un hospital de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.15. Periodo de estudio: Año 2010. Ámbito: Un hospital universitario de referencia. Sujetos: Personal sanitario y no sanitario. Variables: Tipos de cursos, características de alumnos, índice de aprobados….

RESULTADOS:

221 profesionales realizaron 12 cursos de RCP divididos en 3 tipos: 3 (25%) de Soporte vital avanzado (SVA), 4 (33 %) de Soporte vital básico instrumentalizado (SVB I) y 5 (42%) en Soporte vital básico con desfibrilación semiautomática (SVB D). Los cursos de SVA representaron en el conjunto de ellos el 28,5% de los asistentes, el 75% de los facultativos y el 47 % de enfermeros, el 24% de los pertenecientes al servicio de críticos y urgencias, el 66% al área de traumatología y el 100% del personal de oftalmología. No consiguió el diploma acreditativo de dicho curso el 10% del personal que asistió. Al curso de SVB I asistió el 28,5% del alumnado, el 5 % de los facultativos y el 27% de enfermeros así como el 68% de los/as auxiliares de enfermería. Representaban el 52% tanto del personal que pertenecía al servicio de críticos y urgencias como al del área quirúrgica y reanimación y el 100% de la unidad de salud mental. Todos fueron considerados aptos tras su realización. Respecto a los cursos de SVB D, los asistentes representaron el 43%, el 100% del personal no sanitario que asistía a cursos de RCP así como el 100% de los técnicos superiores. El 90% del personal asistente de los

laboratorios y la farmacia lo realizaron. Un 8,5% del alumnado no fue considerado apto.

DISCUSIÓN:

La adquisición y reciclaje de conocimientos en RCP es uno de los pilares actuales en la Unidad de Formación de nuestro hospital, siendo consciente que el reconocimiento precoz de los síntomas de la PCR por el personal sanitario, la activación inmediata del Sistema de Emergencias hospitalario y la aplicación precoz y adecuada de las técnicas de Soporte Vital puede disminuir la mortalidad y las secuelas de una PCR. Para ello, imparte los distintos tipos de cursos necesarios para tener entrenado a todo el personal. El curso de RCP mas demandado por el personal facultativo y los enfermeros es el de SVA, por los/as auxiliares de enfermería el de SVB I y por los técnicos especialistas el de SVB D, siendo el servicio de críticos y urgencias el que mas asistencia tiene de su personal en este tipo de actualización de conocimientos. Los profesionales que al final de los distintos cursos superan las pruebas teóricas y prácticas según las normas del Plan nacional en RCP alcanzan casi el 95%.

P117.– EVALUACION Y COMPARACION DE PRÁCTICAS SEGURAS ENFERMERAS EN DOS CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA DEL MISMO COMPLEJO.

MORALEDA-RUIZ DEL MORAL BM, DEL RIO-MORO O, SANCHEZ-SANCHEZ V, MORALEDA-RUIZ DEL MORAL P, PEREZAGUA-GARCIA MC.

COMPLEJO HOSPITALARIO. TOLEDO.

OBJETIVOS:

Evaluar y comparar la adherencia del personal de enfermería a las prácticas seguras en los hospitales Virgen de la Salud (HVS) y Virgen del Valle (HVV), del Complejo Hospitalario de Toledo (CHT).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional y comparativo. Periodo de estudio: Año 2010; marzo y abril de 2011. Ámbito del estudio: Unidades de hospitalización del Complejo: 9 HVS y 4 HVV. Población de estudio: Personal de enfermería de HVS y HVV. Recursos materiales de las unidades. Estructura organizativa de ambos centros. Fuentes de datos: Observación directa. Programa de registro de actividad enfermera. Sistemas de información de enfermería del CHT. Servicio de Farmacia del HVS y del HVV. Sistema de información del Centro Regional de Trasfusiones. Sistema de información de los Laboratorios. Unidad de Calidad. Variables: Se seleccionaron 14 variables para analizar, relacionadas con la actividad enfermera. De cada una de ellas se eligen los indicadores más representativos, para su análisis y que además puedan ser comunes para los dos hospitales. Las variables del 1 al 10 se midieron de forma observacional (marzo y abril del año 2011). De la 13 a la 14 se obtuvieron revisando los datos del año completo 2010. Análisis de datos con paquete estadístico SPSS v14, distribución en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS:

Encontramos hoja de revisión del carro de parada debidamente cumplimentada en el 73% HVS y 83% HVV. Se cumplía el protocolo informativo de pruebas y alergias en el 96% pacientes evaluados del HVS y 75% HVV. El 98% de las habitaciones del HVS tenían dispositivo de solución hidroalcoholica y 100% HVV. En el HVS el 77% de los

pacientes estaban inequívocamente identificados y en el HVV 90%. La hoja de trasfusión fue devuelta a Banco de Sangre cumplimentada en el 72% HVS y 98% HVV. En el HVS el 0,6% de las muestras de sangre estaban mal identificadas y en el HVV 0,3%. Los bolígrafos estaban mal identificados en el HVS 77% y 92% HVV. En el HVS 26% de los tratamientos se prescribían por principio activo y en el HVV 37%. Se utilizaba información oral y escrita en el cambio de turno 100% de los dos centros. El 85% de los pacientes del HVS tenía registro de escala de Norton y 76% HVV. En el HVS el 46% de los pacientes tuvieron lesión por caída y 53% en el HVV. El 7% de las notificaciones de efectos adversos tuvieron lesión en el HVS. El 31% de los profesionales que participaron en cursos en seguridad del paciente fue del HVS y 7% HVV.

DISCUSIÓN:

Es necesario monitorizar indicadores dentro de la gestión de seguridad para utilizarlos como estrategia de prevención en seguridad. La limitación principal está relacionada con la dificultad de equiparar indicadores comunes a los dos hospitales, dentro de cada variable, aun perteneciendo al mismo Complejo Hospitalario. En algunos aspectos el funcionamiento, los procesos y las evaluaciones no están normalizados. Se han encontrado muchas áreas de mejora en la práctica enfermera y de otros profesionales relacionados.

P118.– UTILIDAD DEL CRIBAJE UNIVERSAL PARA DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

PUENTE-PALACIOS MI, ARANDA-CÁRDENAS MD, LASO DE LA VEGA-ARTAL S, LEÓN-BERTRÁN N, DÍEZ-FUENTES E, MARTÍNEZ-IZQUIERDO MT.

PARC DE SALUT MAR. BARCELONA.

OBJETIVOS:

OBJETIVO: Valorar la necesidad de implantar el cuestionario validado por la OMS Partner Violence Screen (PVS) en la anamnesis rutinaria de cara a detectar casos de violencia de género ocultos. Valorar el grado de implicación en el problema por parte de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional, y transversal realizado simultáneamente en tres centros de Urgencias de la ciudad de Barcelona. Se usó el test PSV que consta de tres preguntas básicas: 1ª: ¿Durante el último año ha sufrido alguna agresión por parte de su pareja? 2ª: ¿Se siente usted segura en su relación de pareja actual? 3ª: ¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores? Se incluyeron todas las mujeres mayores de 16 años, que entendían lo que se les preguntaba, querían contestar, sin deterioro cognitivo, que no vinieran acompañadas, que tuvieran o hubieran tenido pareja y que no se encontraran en el momento del parto o en situación de urgencia vital. Se recogieron los datos demográficos de las pacientes. Se valoró que profesionales habían realizado las encuestas. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS para Windows.

RESULTADOS:

RESULTADOS: Participaron un total de 88 mujeres (12 fueron excluidas). La mayoría eran de nacionalidad española (67,1%). El rango de edad fue de 16-84 años. El 57,9% de las encuestadas tenían hijos. El cuestionario fue cumplimentado por personal de enfermería en 52 casos (68.4%) y por el personal médico en los 24 casos restantes (31.6%). La respuesta a la 1ª pregunta fue afirmativa en 5 casos (6,6%). En la 2ª pregunta, la respuesta fue negativa en 5 casos (6,6%), afirmativa en 64 (84,2%) y 7 (9,2%) no

tenían pareja actual. La respuesta a la 3ª pregunta fue afirmativa en 7 casos (9,2%).

DISCUSIÓN:

CONCLUSIONES: 1.-El 6.6% de las mujeres encuestadas manifestó haber sufrido durante el último año alguna agresión por parte de su pareja. Un 6.6% de las mujeres refirió no sentirse segura en su relación de pareja actual y un 9.2% se sentía amenazada por alguna de sus parejas anteriores. 2.-La mayoría de mujeres participantes tenían entre 26 y 65 años, eran españolas y tenían hijos. 3.-La implicación de enfermería fue notablemente superior a la de los médicos. 4.-Ninguna mujer se negó a contestar a la encuesta. 5.-Creemos necesario incluir en la anamnesis preguntas concretas para detectar violencia en la pareja y así poder intervenir.

P119.– REDISEÑO DE PROCESOS EN UN ÁREA INTERVENCIONISTA AMBULATORIA DE UROLOGÍA

CANO-GARCÍA MC, FERNÁNDEZ-APARICIO T, ALONSO-FRÍAS MA, JIMÉNEZ-MORENO R, PIETRICICÁ BN, MIÑANA-LÓPEZ B.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

La gestión por procesos es una de las líneas estratégicas a desarrollar en la Unidad de Urología del Hospital Morales Meseguer. Dentro de este marco, el análisis y rediseño del proceso "Cistoscopias", en el que se involucra a todos los estamentos del Servicio, se ha considerado clave en la implantación de dicha dinámica. El objetivo ha sido rediseñar un proceso simple (cistoscopias) dentro de un área específica de la Unidad, como experiencia previa que sirva de guía para la implantación definitiva de un modelo de trabajo basado en procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha diseñado un grupo de trabajo multidisciplinar entre el personal facultativo, administrativo y el asignado al área ambulatoria de la Unidad de Urología, de reciente creación. El grupo ha realizado un análisis estructurado de las actividades, circuitos y flujo del paciente, estableciendo: - Nombre y definición del proceso. - Responsable del proceso. - Límites del proceso. - Protocolos incluidos: quimio/inmunoprofilaxis en el cáncer vesical no musculoinfiltrante, esterilización del material y profilaxis antibiótica. - Actividades, responsables y diagrama de flujo. - Indicadores y plan de monitorización. El proceso ha sido dibujado mediante la metodología IDEF0. El modelo de desarrollo ha sido posteriormente aplicado a la elaboración conjunta del mapa 0 de procesos de la Unidad.

RESULTADOS:

Previo establecimiento de un cronograma específico y tras 3 reuniones de grupo se perfiló el proceso "Cistoscopias" dentro del área ambulatoria intervencionista de la Unidad de Urología. La dinámica de grupo creada generó la suficiente formación e inercia como para progresar en la línea estratégica de gestión por procesos, quedando asimismo dibujado el mapa 0 de procesos del área, denominada área

azul. En el mapa 0 se identificaron los subprocesos de administración, acogida, cistoscopia, programa de instilaciones tratamiento ambulatorio de neoformaciones vesicales, maniobras endoscópicas derivativa, biopsia de próstata, docencia e investigación clínica. Asimismo han quedado identificados los procesos guía y de soporte, tal y como se mostrará en el dibujo del mapa. Se presentan, por tanto, dicho mapa 0 del área ambulatoria y el desarrollo del proceso "cistoscopias" en su totalidad.

DISCUSIÓN:

El diseño de procesos se ha convertido en una herramienta de gestión clínica indispensable. La experiencia adquirida con el trabajo de grupo ha permitido la formación del personal involucrado y avanzar de hecho en la estrategia de implementación de la gestión por procesos en una Unidad Clínica.

P120.– ENCUESTAS DE CALIDAD COMO HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN UN PROGRAMA PRE CIRUGIA BARIATRICA.

MONCHO-DOMENECH E, LOPEZ-MONTES JL, ABELLAN-GARCIA C, VAN DER HOFSTADT-ROMAN CJ.

HGUA. ALICANTE.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del Programa Multidisciplinar de Intervención Grupal -Saber si los conocimientos aprendidos en el Programa Multidisciplinar de Intervención grupal, les han resultado de utilidad en la pre y post cirugía -Identificar los cambios tras la puesta en marcha de propuestas de mejora planteadas por los usuarios y su repercusión sobre la calidad percibida entre los usuarios del programa

MATERIAL Y MÉTODOS:

Instrumento: Se utiliza un Cuestionario de calidad, diseñado ad hoc por la Unidad de Calidad del HGUA que consta de nueve preguntas cerradas dicotómicas y una abierta de identificación de mejoras. Metodología: Se pasa el cuestionario en dos momentos. En un primer momento, tras un año de la puesta en marcha del programa, identificando una serie de propuestas de mejora que se concretan en la participación de un paciente experto en los grupos de preparación. Después de la implementación de la mejora, se vuelve a pasar el cuestionario después de un año de la puesta en marcha de la mejora. El tamaño de la muestra: Se evalúa a un total de 112 pacientes, con la condición de haber asistido a la totalidad de las sesiones. 66 pacientes corresponden al primer pase del cuestionario, después de un año de la realización del programa, de febrero de 2009 a febrero de 2010. El segundo pase se realiza a 46 pacientes, que corresponden a los que han participado en el programa desde la implementación de la mejora hasta marzo de 2011

RESULTADOS:

La muestra total está constituida por 74 mujeres (66%) y 38 hombres (34%), con un nivel de estudios que está entre los sin estudios (14%), a los que tienen estudios básicos (60%) y universitarios (26%). Después de la realización de la

mejora se producen ligeros cambios en las valoraciones de las diferentes preguntas. En cualquier caso, los cambios en ningún caso resultan significativos. La satisfacción general con los grupos de preparación pasa de un 9,5 a un 9,74 sobre 10. Los diferentes contenidos se consideran útiles en un 100% en los dos grupos, con ligeras diferencias en ambos sentidos en el resto de preguntas. Las propuestas de mejora, una vez incluida la que se detecta previamente, se centran en incrementar el número de sesiones y mejorar el mobiliario del aula para que se adapte mejor a las características de los pacientes, así como mejorar los audiovisuales.

DISCUSIÓN:

La encuesta se muestra como una herramienta útil para detectar propuestas de mejora en las actividades. Los elevados resultados previos, impiden que se produzcan diferencias estadísticamente significativas, estando los resultados en todos los casos en niveles de excelencia. La evaluación continua permite constatar nuevas posibilidades de mejora.

P121.– SELLO DE EXCELENCIA 300+ AL SISTEMA DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

CARO-GONZALEZ L, SAROBE-GONZALEZ C, SERIÑA-RAMIREZ C, TROVATO-LOPEZ N, HERRANZ-ALONSO A, SANJURJO-SAEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

El Servicio de Farmacia (SF) está certificado por la Norma ISO 9001 desde 2005 y por la Norma ISO 14001 desde 2008. Avanzando en la misma línea de mejora continua, se plantea como objetivo lograr el Sello de Excelencia Europea 300+ aplicando el Modelo de Excelencia EFQM a su Sistema de Gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la obtención del Sello de Excelencia Europeo 300+, el Comité de Dirección (CD), formado por la Jefa de Servicio, los coordinadores de área y la supervisora de enfermería, con la colaboración puntual del resto de miembros del servicio, ha elaborado una Memoria descriptiva, conforme a los criterios establecidos por el Club de Excelencia en Gestión (CEG), representante de la EFQM en España. Se trata de un documento de extensión limitada y formato establecido en el que se expone el desarrollo de la organización en cuanto a enfoque, despliegue y resultados de cada uno de los criterios y subcriterios del Modelo. Con este documento como base, cada uno de los miembros del CD realizó el proceso de autoevaluación de forma individual, utilizando para ello la herramienta informática Perfil. Posteriormente se llevaron a cabo sesiones de consenso con el fin de poner en común y consensuar las evaluaciones individuales, identificando los principales puntos fuertes y áreas de mejora, y proponiendo líneas de actuación para los próximos dos años. Finalmente, se solicitó una evaluación externa para la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+.

RESULTADOS:

Para la elaboración de la Memoria, se llevaron a cabo 18 jornadas de trabajo en grupo, incluidas las sesiones de formación de todo el personal del SF. El resultado del

proceso de autoevaluación fue de 376 puntos, lo que supone un 38 % de la puntuación total del Modelo EFQM. La puntuación obtenida por criterios fue: Liderazgo 39 (39%), Estrategia 28 (35%), Personas 30 (33%), Alianzas y recursos 46 (51%), Procesos 69 (49%), Resultados en los clientes 64 (32%), Resultados en las personas 14 (16%), Resultados en la sociedad 18 (30%) y Resultados Clave 68 (45%). Durante el proceso de autoevaluación se identificaron un total de 40 puntos fuertes y 25 áreas de mejora. Una vez realizado el proceso de autoevaluación, se solicitó una evaluación externa para la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+. El resultado final fue la obtención del Sello de Excelencia Europea 300+ en el Sistema de Gestión del Servicio de Farmacia con un periodo de validez de 2 años.

DISCUSIÓN:

El Modelo EFQM, mediante la detección de puntos fuertes y áreas de mejora, ha orientado el Sistema de Gestión del SF hacia los resultados, principalmente en cuanto a la satisfacción del personal y de los clientes, y esto nos permitirá avanzar hacia la excelencia en la gestión. La obtención del Sello proporciona un reconocimiento social dentro y fuera del hospital, estimula el deseo de superación, la motivación y la participación de sus empleados y permite el acceso a Premios Autonómicos, Nacionales y Europeos.

P122.– NUEVOS ROLES DE ENFERMERIA: LABORATORIOS VIVIENTES.

CHUECA-AJURIA A, RUIZ DE OCENDA-GARCIA MJ, CIDONCHA-MORENO MA, GONZALEZ-LLINARES R, PEÑA-GONZALEZ ML.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO.

OBJETIVOS:

En el marco de la Estrategia de la cronicidad, se ha puesto en marcha el Proyecto Estratégico número 8: "Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería" el cual, pretende desarrollar y desplegar en la práctica, nuevos roles de enfermería enfocados hacia la atención a la cronicidad. Para ello, previamente y través de un grupo de trabajo multidisciplinar, se propuso experimentar tres figuras de enfermería: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH), Enfermera Gestora de la Continuidad (EGC) y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA). El objetivo es "conocer como se comportan estos nuevos roles en diferentes escenarios para establecer recomendaciones organizativas y estructurales, así como posibles oportunidades y amenazas para su posterior implantación y despliegue"

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño y lanzamiento de experiencias: 1) elección de escenarios (geográficos y organizativos), 2) combinación de roles a pilotar, 3) definición de la estrategia de implantación: comunicación, difusión y desarrollo de cada laboratorio 4) 5) definición temporal de la experiencia

RESULTADOS:

a) Descripción de ocho laboratorios b) Puesta en marcha de ocho experiencias/intervenciones, c) 1) Realización de documentación de ámbito general, describiendo los algoritmos y descripción de las actividades y relaciones de las figuras con los diferentes agentes sanitarios y sociales, 2) Creación de un espacio colaborativo con formato Web como medio de comunicación e información entre responsables del proyecto y experiencias, 3) Planificación de reuniones para el seguimiento de cada experiencia, 4) Reuniones de seguimiento 5) Identificación de necesidades de colaboración con otros proyectos en marcha y 6)

Definición de requerimientos de colaboración d) Obtención de resultados intermedios de actividad e) Realización de reuniones con el equipo de implantación, utilizando herramientas de creatividad para identificar áreas de mejora.

DISCUSIÓN:

1) Apoyo e impulso de los equipos directivos para la puesta en marcha del proyecto. 2) Necesidad de implicación de los personas en los diferentes niveles, favorecen la puesta en marcha y éxito de las experiencias, 3) Importancia de la comunicación y difusión del proyecto a todos los profesionales implicados en la atención a pacientes crónicos, objeto de intervención 4) La implantación de las nuevas figuras deberían suponer un cambio en la organización de los equipos para la asunción de las nuevas competencias 5) Necesidad de establecer estructuras organizativas para eliminar barreras entre niveles asistenciales con el objeto de prestar una atención sanitaria/social continuada y de calidad.

P123.– FORMACIÓN ONLINE PARA NUEVOS EVALUADORES DE LA CALIDAD SANITARIA.

NÚÑEZ-GARCÍA D, CARRASCO-PERALTA JA, CASTELLANO-ZURERA M.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

A la hora de formar a evaluadores del Programa de Acreditación de Centros y Unidades (PACyU) encontrábamos algunas dificultades: • Tiempo disponible limitado • Gran dispersión geográfica • Diferentes necesidades formativas Para superar estos problemas era necesario realizar una formación utilizando las nuevas tecnologías y que fuera capaz de adaptarse a necesidades diferentes, por lo que se abordó el diseño de un Programa de Cualificación de Evaluadores

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desarrollamos las siguientes actuaciones: • Elección de un modelo constructivista de la formación, permitiendo al alumno construir conocimiento según sus necesidades • Creación de una plataforma online de formación, basada en Moodle • Creación de un catálogo formativo online • Puesta a disposición de los evaluadores en la plataforma de herramientas de comunicación asíncrona y síncrona

RESULTADOS:

Desde enero de 2010, hemos alcanzado los siguientes resultados: • 20.558 accesos • 128 usuarios registrados en España y Portugal • 45 evaluadores cualificados en España y Portugal • 8 actividades normalizadas y estables • 3 foros de discusión activos para la generación de conocimiento.

DISCUSIÓN:

La formación online permite mejorar la accesibilidad a la formación, demostrándose un factor de éxito en la cualificación de profesionales evaluadores. La incorporación de nuevas tecnologías en la formación de profesionales permite superar factores adversos como la limitación de tiempo, la dispersión geográfica o la variabilidad en las necesidades formativas. Esta experiencia es adaptable a otras situaciones en que se presenten dificultades semejantes para realizar la formación de profesionales,

especialmente la orientada a la actualización continua de los mismos.

P124.– SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL CRIBADO DEL CANCER COLORRECTAL.

CARRIÓN-GARCÍA F., MARTINEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, SEVILLA-CÁCERES L, MORÁN-SÁNCHEZ S.

COMPLEJO UNIVERSITARIO. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda neoplasia más frecuente en los países occidentales. Se ha demostrado el coste-beneficio de este cribado con diferentes estudios y, actualmente, es el cribado que más aumenta la esperanza de vida por encima del de cáncer de mama. Nuestro objetivo es evaluar la opinión y satisfacción del usuario al respecto para identificar puntos fuertes y áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una encuesta compuesta por 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta cada una que se administra tras la realización de la colonoscopia. Este cuestionario se pasa a pacientes que participan en el pilotaje del cribado del CCR en 2006 en el H. Morales Meseguer y posteriormente en 2010 en el pilotaje de este mismo programa en el Hospital U. S. Mª Rosell, comparando los resultados y la posible mejora en esos cuatro años de cribado. Se registran áreas como: dolor, analgesia, tiempo de espera, atención, comunicación, explicación de la técnica, relación médico-paciente, dieta y preparación. Se trata de encuestas entregadas y recogidas a mano que suelen incrementar la tasa de respuesta y se tuvo en cuenta las características formales del cuestionario que más influyen en la respuesta como el color, la extensión y la claridad de las instrucciones.

RESULTADOS:

Al analizar ambos grupos de pacientes se evidencia que no existe ninguna diferencia significativa en ninguna pregunta, siendo la analgesia y la demora los puntos débiles donde todavía existe un margen de mejora, siendo la tasa de respuesta del 98%.

DISCUSIÓN:

Las encuestas bien diseñadas y distribuidas y con un buen índice de respuesta constituyen una forma de obtener

información anónima y confidencial de la muestra de la población a estudio que nos ayude a identificar áreas de mejora y puntos débiles para poder dar al usuario una asistencia de calidad. En nuestro caso los puntos a mejorar serían la analgesia durante la colonoscopia y la demora entre que la sangre oculta en heces sale positiva hasta la realización de la colonoscopia y comunicación del resultado. Con la identificación de los puntos susceptibles de mejora se realizarán posteriores ciclos de mejora y protocolos que nos ayuden a minimizar estos inconvenientes.

P125.– DETERMINACIÓN DE MAPAS FUNCIONALES DE LOS EVALUADORES DE CALIDAD COMO BASE DE SU CUALIFICACIÓN.

CARRASCO-PERALTA JA, NÚÑEZ-GARCÍA D, CASTELLANO-ZURERA M, BURGOS-POL R.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Establecer una metodología de análisis de puestos de trabajo para determinar mapas funcionales orientados a la planificación de la formación de los evaluadores del Programa de Acreditación de Centros y Unidades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Utilizando una metodología basada en el Análisis Funcional de Puestos se realizó una revisión de la ocupación de "Evaluador" en sus diferentes funciones: evaluador de centros y unidades, jefe de equipo y responsable de proyecto de acreditación. En esta primera descripción se identificaron los propósitos clave de cada una de las funciones. Para elaborar el mapa funcional, se realizó una desagregación del propósito del puesto a funciones de ese puesto, y cada función a tareas concretas que fueran susceptibles de realizar por una sola persona (realizaciones profesionales). Una vez identificadas estas tareas, se realizó una ficha de cada una que contemplara las cualidades y capacidades necesarias para su correcta ejecución, los criterios de evaluación y la formación necesaria para alcanzar y mantener esas cualidades y capacidades. A partir de estas fichas de realizaciones profesionales, se determina un plan de formación con las acciones que se identifican necesarias para cada evaluador.

RESULTADOS:

Se han identificado tres puestos susceptibles de ser desempeñados por evaluadores y a cada uno se le han asignado funciones y realizaciones profesionales: • Evaluador de centros y unidades: 3 funciones y 16 realizaciones profesionales • Evaluador jefe de equipo: 3 funciones y 19 realizaciones profesionales • Evaluador responsable de proyecto: 4 funciones y 14 realizaciones profesionales Se han determinado herramientas para la

evaluación del desempeño del evaluador y la planificación de su formación. En el último año se han realizado 3 talleres específicos para el mantenimiento de determinadas cualidades y capacidades. Se han rediseñado los itinerarios formativos para evaluadores de nueva incorporación, adaptando el catálogo de actividades formativas.

DISCUSIÓN:

La determinación de mapas funcionales de evaluadores facilita la identificación sistemática de las responsabilidades a asignar y a establecer criterios de desempeño unívocos y conocidos que constituyan una garantía de fiabilidad para el sistema sanitario. Esta información es básica para planificar la formación con criterios de eficacia y eficiencia. La metodología utilizada es aplicable a otros ámbitos y profesionales con el fin de optimizar los esfuerzos formativos.

P126.– BÚSQUEDA DEL PERFIL IDÓNEO DE PACIENTE PARA LA ATENCIÓN NO PRESENCIAL, EN LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL TXAGORRITXU.

BAREZ-HERNANDEZ EM, VALERO-MARTINEZ CA, VAZQUEZ-TAPIA J, COLLIA-POSADA AM, DEZA-CARRILLO JL, SANCHEZ-BERNAL R.

HOSPITAL DE TXAGORRITXU. VITORIA.

OBJETIVOS:

1. Evitar el traslado físico de los pacientes, tanto para ser citados como para ser atendidos en aquellos casos en que no se precise su presencia. 2. Valorar la mejora de los tiempos de demora para la atención de los pacientes con dolor crónico, con la programación de agendas de consulta no presencial. 3. Valorar la aceptación de los pacientes para ser atendidos mediante esta modalidad. 4. Buscar un perfil de paciente idóneo para consulta no presencial, según su patología, lugar de residencia, apoyo familiar y características socio sanitarias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Empleo de Osabide Global (Historia Clínica Electrónica Única de Osakidetza), ya que permite la atención del paciente en su totalidad sin salirse de la aplicación ni precisar la solicitud de la historia previa para consulta de datos clínicos o administrativos. Análisis de los datos de demora y actividad reportados por el Servicio de Información Sanitaria y su evolución en los últimos años. Propuesta de nuevas agendas, con estandarización de los plazos de seguimiento, primando las consultas no presenciales para casos de consultas de seguimiento en los que no se prevea otra actividad distinta a la anamnesis. Cuestionarios sencillos para los pacientes en los que se les solicita su opinión sobre su seguimiento mediante consulta no presencial.

RESULTADOS:

La valoración de los pacientes ha sido muy positiva, dado que las demoras han experimentado una extraordinaria mejoría, atendiéndose en cualquier caso en menos de un mes a todos los pacientes de primera consulta; también debido a que, gracias a la historia electrónica no se depende de un despacho estándar para realizar cualquier consulta o comunicación con los pacientes. La consulta no presencial

evita su desplazamiento a la Unidad de forma rutinaria, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al hospital, pacientes con trabajo activo (que no precisan, por tanto, ausentarse del mismo) y pacientes y familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas). Así mismo, ha sido de gran aceptación entre pacientes con dolor por cáncer, ya que estos declaran su cansancio por desplazarse muchas jornadas para tratamientos oncológicos. Las consultas programadas no presenciales han reducido drásticamente las consultas telefónicas inesperadas y las inasistencias.

DISCUSIÓN:

La utilización de consultas no presenciales mediante la Historia Clínica Electrónica Osabide Global, facilita la atención a los pacientes crónicos y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente. Se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema.

P127.– ¿INFLUYE LA CALIDAD DE LA IMÁGEN DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN SU CAPACIDAD DIAGNÓSTICA?.

CARRIÓN-GARCÍA F., MARTÍNEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, BAÑOS-MADRID R, MARTÍNEZ-GARCÍA P, MORÁN-SÁNCHEZ S.

COMPLEJO UNIVERSITARIO. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Determinar si una capsula-endoscopia (CE) con imágenes de restos líquidos- sólidos en el interior del intestino delgado se asocia a una menor rentabilidad diagnóstica y por tanto, a una disminución en la capacidad de detectar imágenes significativas que nos ayuden en el diagnóstico de la enfermedad del paciente. Esto nos obligaría a repetir el estudio con las consecuencias económicas y de retraso diagnóstico. Teniendo en cuenta que hasta ahora se realiza el estudio de intestino delgado con CE sin prescribir previamente al usuario un evacuante intestinal nuestro objetivo es identificar una posible oportunidad de mejora en la rentabilidad diagnóstica de esta prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se definieron dos grupos de pacientes en función de la calidad de las imágenes en función de si tomaron previo a la realización de la prueba solución evacuante o no y se compararon los hallazgos significativos y con entidad clínica que justificaban la clínica del paciente, siendo n= 30 en cada grupo. Definimos como calidad adecuada: la no presencia de restos sólidos-líquidos en el interior de la luz intestinal y como calidad inadecuada de las imágenes, la presencia de restos sólidos o líquidos que interfieren en la valoración de dichas imágenes. De cada grupo se recogieron las siguientes características: número de pacientes, edad media, sexo, indicaciones, diagnóstico y visualización completa o no del intestino delgado.

RESULTADOS:

Tras realizar el estudio comparativo y retrospectivo en función de la calidad de imágenes según tomaran o no solución evacuante se evidenció una diferencia significativa ($p< 0,05$) en los pacientes que tomaron el día antes solución

evacuante por lo que disminuía el número de cápsulas de baja calidad de imágen.

DISCUSIÓN:

Se ha demostrado que la existencia de restos en la luz intestinal es un factor limitante en la capacidad diagnóstica de la cápsula-endoscopica. En este estudio se observa mayor rentabilidad diagnóstica en pacientes que previamente tomaron solución evacuante, disminuyendo así el número de cápsulas de baja calidad, aumentando la capacidad diagnóstica y evitando la repetición de la prueba. Este estudio nos ayuda a identificar una oportunidad de mejora y a elaborar un protocolo previo a la administración de la cápsula que nos ayude a rentabilizar la técnica y evitar molestas y costosas repeticiones de la misma para obtener un diagnóstico correcto.

P128.– ESTUDIO DE COSTES: ANALISIS MOLECULAR INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA VERSUS ESTUDIO DIFERIDO EN EL CANCER DE MAMA.

GUILLÉN--PAREDES MP, CARRASCO-GONZÁLEZ- L, CHAVEZ-BENITO- A, MENGUAL-BALLESER- M, CASES-BALDÓ- MJ, AGUAYO-ALBASINI- JL.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

El análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela con el método OSNA (one-step nucleic acid amplification) es una técnica ya validada para la detección de metástasis ganglionares en el cáncer de mama. Los autores comparan el coste económico de este nuevo método frente al estudio histopatológico convencional diferido

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo análisis coste-beneficio. Incluyó a pacientes con cáncer de mama operable y axila clínica y ecográficamente negativa que fueron intervenidas desde Octubre 2008 a Diciembre 2009. El análisis del ganglio centinela se realizó en el Grupo 1 (45 pacientes) mediante estudio histopatológico convencional diferido, mientras que en el Grupo 2 (35 pacientes) se realizó según método OSNA. Se analizaron las siguientes variables: edad, tamaño tumoral, tipo histológico, número de ganglios centinelas, resultado de la biopsia, tiempo quirúrgico, días de hospitalización, complicaciones postoperatorias, ganglios positivos si linfadenectomía axilar, coste por paciente, coste por hospitalización y coste por intervención

RESULTADOS:

El tiempo quirúrgico de la primera intervención en el Grupo 1 fue significativamente menor, pero el tiempo total fue mayor en el Grupo 1. La estancia media fue mayor en el Grupo 1 ($p<0.001$). El coste medio de la estancia hospitalaria fue mayor en el Grupo 1 frente al Grupo 2 ($p<0.001$), con una diferencia de medias de 199.69€. El coste medio de la intervención fue mayor en el Grupo 1($p<0.001$), con una diferencia de medias de 157.49€. El coste medio por análisis de ganglio centinela fue significativamente mayor en el Grupo 1, con una diferencia de medias de 162,5€. El coste total por paciente es

significativamente mayor en el Grupo 1. La aplicación del método OSNA consigue un ahorro medio de 439,67€ por paciente.

DISCUSIÓN:

El análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela mediante el método OSNA reduce días de ingreso, el tiempo quirúrgico y proporciona un ahorro de 439,67€ por paciente.

P129.– DESARROLLO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DR MOLINER.

ROCA-CASTELLÓ MR, CASTILLO-BLASCO M, MERINO-PLAZA MJ, ESPUIG-BULTÓ MD, SABATER-BORI C, HERRERO-BARONA C.

HOSPITAL DOCTOR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

-Difundir la cultura de la seguridad del paciente para disminuir la frecuencia de efectos adversos ligados a la atención sanitaria -Concienciar al personal de que somos humanos y de que el error existe, pero como colectivo no podemos seguir funcionando como si el error fuera un problema de un individuo sobre otro, sin tener en cuenta los condicionantes del sistema -Conseguir que el personal notifique de forma voluntaria los errores detectados -Estudiar la frecuencia e importancia de errores para conocer la magnitud del problema y abordarlo adecuadamente, diseñando planes de mejora

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Definir protocolos para conseguir mayor uniformidad en las actuaciones profesionales -Desarrollar un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos -Analizar las incidencias y definir medidas preventivas ante los incidentes notificados para que no vuelvan a suceder -Mejorar la comunicación y el funcionamiento de los equipos de trabajo y de las reuniones multidisciplinares -Implicar a los familiares en el cuidado de los pacientes -Realizar charlas a familiares y jornadas formativas a profesionales para expandir la cultura de la seguridad del paciente y conseguir conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas en el personal sanitario y en los cuidadores principales del paciente

RESULTADOS:

Tras las actividades de sensibilización y formación realizadas en el centro, el personal se ha concienciado de la importancia del problema y sabe que la notificación voluntaria de incidentes sirve para mejorar la atención prestada al paciente y que en ningún caso va a perjudicar a quien la realiza, ya que no se buscan culpables, sino mejorar

los procesos y evitar riesgos Los incidentes notificados se estudian mensualmente en el grupo de trabajo de Seguridad del paciente de la Comisión de Calidad, desde donde se proponen medidas preventivas a la Dirección para su implantación y difusión.

DISCUSIÓN:

La seguridad del paciente sigue siendo un problema importante en los hospitales a pesar de los avances tecnológicos y de la concienciación del personal sanitario Según el estudio ENEAS el 9,3% de los pacientes ingresados sufren algún tipo de efecto adverso derivado de los cuidados sanitarios y el 42,8% de dichos efectos son evitables Son importantes la comunicación, la formación, el funcionamiento de los equipos de trabajo y la supervisión para disminuir el riesgo de aparición de eventos adversos Deben existir normas, procedimientos e instrucciones específicas, ya que en muchas ocasiones, se atribuye el error al fallo humano, la nocturnidad o el estrés, cuando la verdadera causa de que el sistema permita que se produzcan errores es una cuestión organizativa o la falta de controles de seguridad Los problemas relacionados con la seguridad del paciente muchas veces son problemas crónicos que deben estudiarse periódicamente para aplicar el ciclo de mejora continua y sobre todo, tomar conciencia de que todos compartimos los mismos objetivos, para generar confianza en el sistema.

P131.– PROYECTO DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS PREVIO A CURA DE HERIDA QUIRÚRGICA.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ A, GONZÁLEZ-VALVERDE M, SANTIUSTE-DE PABLOS MA, NIETO-GIMÉNEZ AJ, FENOLL-RUIZ MC, GIL-PASTOR T.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Generales: Mejorar la adherencia a la higiene de manos previo a la cura de herida quirúrgica. Específicos: Evaluar la efectividad de una intervención mixta (con componentes educativos, de retroinformación y autoevaluación) para el incremento de realización de higiene de manos (del personal sanitario) previa a la cura de la herida quirúrgica en paciente hospitalizado, en los servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo, y Traumatología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Partiendo de los datos de adherencia a la higiene de manos de nuestro hospital se plantea una acción de mejora con un diseño cuasi-experimental de series temporales interrumpidas, en el periodo de tiempo comprendido entre mayo y septiembre de 2011. Se van a efectuar 20 mediciones de la variable principal (VP) pretest (desde 23 de mayo a 20 de junio), durante la intervención (21 de junio a 18 de julio) y postest (2 de septiembre a 30). Variables del estudio VP: "La diferencia en la proporción, antes y después de la intervención, de la realización de higiene de manos (del personal sanitario) previa a la cura de la herida quirúrgica en paciente hospitalizado": que se comparará entre las fases pre y postintervención mediante el cálculo de las diferencias porcentuales acompañadas de los correspondientes Intervalos de Confianza (IC) del 95%. Como variable secundaria (VS) se medirá: "La diferencia en la proporción, antes y después de la intervención, de infecciones del sitio quirúrgico en los servicios implicados en el estudio". También se medirá la estancia media y variables relacionadas con las características sociodemográficas y clínicas del paciente. La intervención que se va a realizar es una sesión formativa con el siguiente contenido: • Resumen sobre estudio de adherencia. • Datos del estudio observacional realizado el día 5 de mayo de 2011. • Técnica

de higiene de manos. Seis pasos. • Uso de guantes. Durante este tiempo las historias clínicas llevarán una pegatina referente a la higiene de manos. Tras el periodo postintervención se realizará evaluación y retroinformación mediante sesión de discusión de resultados en servicios quirúrgicos en octubre de 2011.

RESULTADOS:

El resultado del que se ha partido para plantear este estudio es el de la adherencia a la higiene de manos mediante observación directa, en los 4 primeros momentos, que de forma global se sitúa en el 20,4%, siendo el 2º momento (antes de una tarea aséptica) el que con menos frecuencia se cumple.

DISCUSIÓN:

A pesar de tratarse de un diseño experimental débil, permitirá analizar el efecto de la intervención, mediante la medición de la VP varias veces, antes de la intervención, durante y después. Con la repetición de las mediciones podremos tener un mayor grado de certeza a la hora de establecer relaciones causales entre la VS y la VP, ya que si la VP muestra una tendencia estable y consistente a la mejoría en todo momento, es factible pensar que la misma se debe más a la intervención que a posibles variables extrañas o contaminantes.

P132.– EL DEBER ÉTICO DE APRENDER, SIN ESTIGMATIZAR.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ A, PACHECO-GUEVARA R, SAEZ-SOTO AR, URBIETA-SANZ E, ANTEQUERA-LARDON MT, GUIRAO-SASTRE JM.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Fomentar la cultura de seguridad, aprender de los errores, persuadir sobre la responsabilidad inherente al silencio frente al evento, identificar los incidentes de seguridad, adoptar medidas correctoras y abordar la prevención y la gestión del evento adverso (EA) como un deber de carácter ético.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ante la notificación de un incidente se realiza la valoración por miembros de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente. Cuando precisa investigación, se denomina "caso", que puede evaluarse mediante un análisis causal simple o un análisis de causa-raíz, dependiendo de su impacto o gravedad. Las acciones de mejora que se derivan de los casos analizados precisan el consenso de todos los miembros que han participado en el estudio.

RESULTADOS:

Desde la implantación del sistema se han recogido 114 notificaciones, de las que el 93% ha precisado investigación (106 casos). La mayoría han estado relacionadas con medicamentos y procedimientos. Los fallos en el sistema de utilización del medicamento se han producido sobre todo en la preparación, administración y prescripción. La valoración del 94,4% de los casos se ha realizado mediante un análisis causal simple y el 5,6% (6 casos) con análisis de causa raíz. Entre las acciones de mejora adoptadas destacan: normas de almacenamiento, guías de administración y prescripción de medicamentos de alto riesgo, elaboración de protocolos y procedimientos, cambios en abreviaturas que pueden inducir a error en la hoja de prescripción/administración, mejoras en el sistema de dosis unitaria, listado de verificación de seguridad quirúrgica, reducción del número de presentaciones farmacéuticas, etc. Estas acciones se han

difundido en las áreas involucradas y a todos los servicios mediante un boletín de prácticas de mejora.

DISCUSIÓN:

De nuestros datos destaca la mayor frecuencia de notificaciones relacionadas con la preparación, administración y prescripción de medicamentos; de ahí la cantidad de acciones de mejora que se han implantado relacionadas con estos últimos. Desde el inicio de la implantación del sistema se aprecia un incremento progresivo en el número de notificaciones con una implicación cada vez mayor de toda la Organización, con una participación multidisciplinar en el análisis de los casos y en la selección de acciones de mejora. La Organización que apuesta por un sistema de detección y notificación de incidentes de seguridad tiene una visión de trabajo en equipo, lo que denota una misión y unos valores comprometidos con la sociedad a la que da servicio.

P133.– ESTUDIO DE LAS LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

GUILLÉN-PAREDES MP, FLORES-PASTOR B, CARRILLO A, GARCÍA-GARCÍA ML, GARCÍA-MARÍN JA, AGUAYO-ALBASINI JL.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar (LIVB) son una complicación con alta morbilidad, siendo la colecistectomía la cirugía más frecuentemente relacionada. Se recomienda que su tratamiento sea llevado a cabo por hospitales terciarios. Por este motivo decidimos estudiar su incidencia y tratamiento aplicado por un hospital de segundo nivel a lo largo de 6 años

MATERIAL Y MÉTODOS:

estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron todos aquellos pacientes intervenidos de colecistectomía en nuestro centro desde Enero 2004 hasta Diciembre 2009. Entre ellos se seleccionaron aquellos con LIVB. Se estudiaron como variables: edad, sexo, vía de abordaje (abierta versus laparoscópica), indicación (cirugía urgente o programada), tipo de lesión (según Strasberg-Bismuth), tratamiento realizado (conservador versus quirúrgico), estancia media y mortalidad.

RESULTADOS:

Sobre un total de 2184 colecistectomías, se detectaron 21 complicaciones relacionadas con LIVB (0.96%), siendo más frecuentes en varones, de 56.6 años de media. El 76% se presentó en cirugía urgente y 66.6% en cirugía abierta. La lesión más frecuente fue tipo A de Strasberg (71.5%), el tratamiento conservador fue realizado en 66.6% de los casos, la estancia media fue de 28 días y no hubo ninguna mortalidad y ningún paciente fue derivado a un hospital terciario.

DISCUSIÓN:

Nuestra incidencia de LIVB, 0.96%, se encuentra por encima de lo recomendado (0.2-0.6%), debido a que los estudios publicados no tienen en cuenta las lesiones tipo A porque las consideran leves, al resolverse la mayoría con tratamiento

conservador. Nuestra incidencia descendería entorno al 0.2% si tampoco las incluyéramos. Clásicamente, se ha considerado que la laparoscopia presenta mayor incidencia de LIVB, incluso, una vez superada la curva de aprendizaje, hay estudios que muestran un porcentaje de LIVB de 0.6%. Este hecho lo explican por: falta de identificación de la anatomía del árbol biliar, bidemensionalidad de las imágenes, falta de tacto; así, incluso algunos han contraindicado el abordaje laparoscópico en las colecistitis agudas. En nuestro centro, a pesar de ser la técnica laparoscópica la vía de abordaje más frecuente, tanto en colecistitis como en colelitiasis, las LIVB se han presentado sobre todo en vía abierta (14 casos frente a 7) y en urgencias, esto quizás se explica porque, al presuponerse una cirugía más compleja, se decide una vía de abordaje abierta desde el principio, para poder realizar una colangiografía intraoperatoria en caso de necesidad. Concluimos que, según nuestros datos, la vía de abordaje no es un factor de riesgo, estando más relacionadas las LIVB con la indicación de urgencia. Además, la mayoría de las lesiones producidas son leves, pudiendo éstas ser resueltas con los medios necesarios en un hospital de segundo nivel.

P134.– CALIDAD DE LACTANCIA:BEBES,RISAS Y LECHE.

SUBIRON-VALERA AB, PUY-ROC S, OÑATE-CALVO C, RAMIREZ-GOMARA A, VAZQUEZ-OLIVARES M.

C.S. VALDESPARTERA. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Promover la lactancia materna a través de su difusión de forma grupal, interactiva y utilizando como metodología el aprendizaje basado en los problemas (ABP) Fomentar el establecimiento de la lactancia materna tras el alta hospitalaria ofreciendo apoyo individualizado y soporte grupal. Ofrecer apoyo ante problemas tempranos que dificulten el mantenimiento de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Marzo de 2011 se inicio el proyecto de Grupo de Postparto y Lactancia. Desde entonces se ha llevado a cabo un número de 11 sesiones totales, con una periodicidad semanal. La concurrencia a estos grupos ha sido numerosa, con una media de asistencia de 18 mujeres por sesión y sus respectivos bebes lactantes. Los temas tratados semanalmente han sido: fortalecimiento de suelo pélvico, sexualidad en puerperio, anticoncepción y lactancia, alimentación complementaria, cuidados y seguridad en el recién nacido, lactancia materna y vuelta al trabajo, donación de leche materna y banco de leche. Por tanto ante la presente asistencia se paso una encuesta de tipo cualitativo para conocer la satisfacción de nuestras usuarias y poder mejorar la calidad de nuestra asistencia. Se recogió una muestra de 29 mujeres lactantes que asistían al grupo de forma aleatoria. Ante los resultados obtenidos decidimos describir los mismos en la presente comunicación.

RESULTADOS:

El 71 % de las asistentes declaró que le resultó muy interesante su participación en este tipo de talleres. Y de igual manera, el 62,5% declaró que principalmente servían como gran aprendizaje personal. De forma cualitativa se recogieron expresiones como “me aprece interesante poder aprender de otras mamas” y "aprendemos las unas a las otras de otras culturas". Valoraban positivamente el fomento

de la participación y un 67% de las usuarias valora encarecidamente este aspecto. Sin embargo, el tiempo dedicado al taller de forma semanal lo creen insuficiente y de forma cualitativa y reiterativa reclaman "mas sesiones a la semana" "horarios adpatados al trabajo" y un "mayor número de contenidos a tratar".

DISCUSIÓN:

Aunque en otras partes del mundo existen grupos de apoyo desde mediados del siglo XX, en España los primeros grupos surgieron hace más de 20 años. Desde entonces no han parado de crecer. A finales de los años 80 diversas organizaciones comprometidas con el apoyo a la lactancia materna como OMS/UNICEF incluyeron a los grupo de apoyo como un elemento clave en sus estrategias de apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. Como profesionales sanitarios hemos fomentado la creación y funcionamiento de este grupo que según los resultados presentados han supuesto una mejora en la calidad de la atención de las usuarias y bebes. Seguiremos trabajando en el futuro por ellas, nuestras mamasy ellos,nuestros queridisimos bebes. Nuestro reto profesional que sean felices,como nosotros lo somos cuando estamos a su lado.

P135.– OCLUSIÓN INTESTINAL EN URGENCIAS. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO.

NAVARRO-GARCÍA MI, CARRION-GARCIA F, ESPINOSA-LOPEZ FJ, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, RUEDA-PÉREZ JM, VAZQUEZ-ROJAS JL.

COMPLEJO HOSPITALARIO AREA II. CARTEGENA.

OBJETIVOS:

La oclusión intestinal es un cuadro clínico producido como consecuencia de la detención completa y persistente del tránsito de gases y contenido intestinal en algún punto del tubo digestivo.Es una de las causas más frecuentes de consulta en Urgencias, un 20% de los cuadros de abdomen agudo. Suponen una alta tasa de reingreso hospitalario, y sus criterios diagnósticos, son controvertidos.Existe una variabilidad importante en el manejo terapéutico de estos pacientes, con alto riesgo de complicaciones. Se observó la ausencia de una pauta estandarizada para el manejo del síndrome de oclusión intestinal en urgencias de nuestro hospital.Nuestro objetivo fue la elaboración de un protocolo de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para diseñar el protocolo tuvimos que definir el nivel de atención (hospitalaria), que tipo de actividad íbamos a protocolizar (detección, diagnostico y adecuado manejo del síndrome de oclusión intestinal) y listado de profesionales implicados (médicos de urgencias, cirujanos y digestivos). Posteriormente,nombramos un responsable para el desarrollo del proyecto y elaboramos un cronograma para su realización. El cronograma incluía una primera fase de elaboración,donde se formuló el problema y se buscó la mejor evidencia científica, realizando una valoración crítica jerarquizada de la evidencia y su consiguiente fuerza de recomendación.Después, la evidencia se tradujo a recomendaciones y éstas fueron discutidas con los profesionales implicados. Una vez hecho esto, se realizaron las modificaciones pertinentes y pasamos al pilotaje del protocolo.

RESULTADOS:

El resultado fue que los pacientes que acudían a la puerta de Urgencias con alteración del tránsito intestinal (criterios

clínicos) se sometían a un algoritmo diagnostico según la evidencia científica existente,y como consecuencia,se le realizaba un manejo terapéutico u otro.

DISCUSIÓN:

La elaboración de un protocolo de oclusión intestinal en nuestro hospital es un instrumento de diseño de la calidad,útil para la toma de decisiones y guía para la evaluación de la calidad.

P136.– ESCUCHAR AL CLIENTE: SUS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES. UTILIZACIÓN DE GRUPOS FOCALES

ECHENAGUSIA-CAPELASTEGUI V, ULIBARRENA-SAINZ M, AGUIRRE-ZUBILLAGA I, PAZ-PAILHEZ A, OLEAGA J, SAINZ DE VICUÑA-BRAVO L.

CLÍNICA ERCILLA, MUTUALIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

Utilizar la técnica de grupos focales como investigación cualitativa de expectativas y necesidades en hospitalización (H) y en rehabilitación (RHB) como complemento a las encuestas de satisfacción que nuestra Organización realiza desde 1999.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mutualia sigue el modelo de gestión EFQM donde ha conseguido varios reconocimientos y utiliza las quejas, sugerencias y encuestas telefónicas para explorar las necesidades de los pacientes y apoyar la gestión de la calidad. En 2010 puso en marcha las encuestas por pantallas táctiles. En 2011 realizamos grupos focales con pacientes de las áreas de hospitalización y rehabilitación a fin de explorar sus inquietudes de la forma más dinámica posible. Se formó a dos personas investigadoras en la técnica de la entrevista en los grupos focales. Seleccionamos 10 pacientes que habían sido alta en H en los dos meses previos a la realización del grupo de H y otros 10 que habían sido alta del Sº de RHB para el de segundo. La duración de ambas sesiones fue de 90 min. En ambos grupos los aspectos estudiados fueron accesibilidad, continuidad de los cuidados, empatía, entorno físico e infraestructura, imagen, información, organización, calidad científico-técnica, respuesta a la demanda, tiempo de espera y trato. Todos ellos se evaluaban al ingreso, durante el tratamiento y al alta. Se preparó un guión adaptado a nuestra realidad, del modelo de González Barberá y Uris. Reflejamos las principales aportaciones de estos grupos y las acciones de mejora que se han implementado

RESULTADOS:

Acudieron 7 participantes en el grupo H y 8 en RHB. Los resultados son:H: excelente implicación, transmitiendo una opinión muy positiva, reflejando situaciones comparativas

con el S. Público de Salud. Destacan positivamente las instalaciones, la rapidez y el trato, especificando la acogida por personal auxiliar, la información aportada por lo médicos (se identifican mucho con "su" médico), y el trato personalizado por enfermería. Plantean mejoras en la comida, individualización de la Televisión y colchones diferentes en larga estancia. R: implicación alta y positiva de los participantes. Las opiniones sobre los diferentes aspectos evaluados son altamente positivas. Las áreas de mejora señaladas fueron evitar el cambio de fisioterapeuta, poner más personal auxiliar de fisioterapia y mejorar la seguridad en la zona de vestuarios para evitar caídas por el suelo mojado. En base a estas sugerencias se reorganizaron los turnos de fisioterapeutas evitando cambios en los pacientes, se reforzaron los de auxiliares. También se hicieron cambios estructurales en los vestuarios.

DISCUSIÓN:

Los datos que nos aportan estos Grupos son de carácter cualitativo, lo que complementa y enriquece los datos cualitativos que ya tenemos por otras vías en los diferentes servicios clínicos. Se trata de una herramienta que ha mostrado su utilidad para poner de manifiesto áreas de mejora e implementar acciones correctivas.

P137.– EVALUACIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.

INIESTA-MARTÍNEZ D, CARAVACA-ALCARAZ MB, RUBIO-GIL E, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM, CARRILLO-MARTÍNEZ RJ.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

Evaluar las caídas sufridas por los pacientes ingresados desde enero del 2009 a febrero de 2011 como problema destacable en relación a la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo del registro de caídas en Selene de los pacientes ingresados durante el periodo de enero de 2009 a febrero de 2011 que se habían notificado de forma voluntaria por los enfermeros de las plantas de hospitalización. El marco muestral engloba al total de los registros de los tres años De Selene se extrajeron los siguientes datos, edad, sexo del paciente, circunstancia de la caída, si esta o no acompañado, las consecuencias de la caída, los motivos estructurales y si existían o no medidas de seguridad.

RESULTADOS:

Se registraron 26 caídas. La edad media de los pacientes fue 68 años con una desviación típica de 15, el 27% en mujeres y el 73% en hombres, el mayor porcentaje de las caídas (42 %) ocurrió al intentar bajarse de la cama seguido por caídas durante la deambulación (19,23%), la mayoría de las veces (34%) ocurría con el paciente acompañado. Tuvieron consecuencias el 50 % de las ocasiones y las medidas de seguridad no estaban presentes en el 53 % de las ocasiones.

DISCUSIÓN:

Se debe llevar cuidado especial con la prevención de las caídas en los ancianos y sobre todo cuando el paciente esta caminado e intenta levantarse de la cama asegurándose que no existan motivos estructurales que lo favorezcan aunque el paciente este acompañado.

P138.– CICLO DE MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA SONDA VESICAL.

SÁNCHEZ-PRIETO MA, RUIZ-SÁNCHEZ AJ, VIVAR-VALVERDE C, INIESTA-SÁNCHEZ J, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ JF, LÓPEZ-MOLINA C.

H.G.U. REINA SOFÍA AREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

El manejo adecuado de la sonda vesical por parte de los profesionales de enfermería y familiares, dependiendo del escenario asistencial en que nos encontremos, es de suma importancia para la prevención de infecciones secundarias al catéter vesical, proporcionar la mayor comodidad al paciente portador y evitar las posibles complicaciones. Se perciben diferencias en el manejo de la sonda vesical por parte de las enfermeras de Atención Primaria y Atención Hospitalaria en la práctica diaria con los pacientes, lo cual nos lleva a la creación de un grupo que identifica la oportunidad de mejora en los conocimientos de las profesionales sobre el manejo de la sonda vesical. OBJETIVOS: Determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el manejo de la sonda vesical. Mejorar el nivel de conocimientos. Disminuir la variabilidad de la práctica en el manejo de la sondad vesical.

MATERIAL Y MÉTODOS:

METODOLOGÍA: CICLO DE MEJORA 1ª Evaluación -Indicador: La enfermera conoce el manejo de la sonda vesical . -La enfermera conoce: C1. La bolsa colectora de circuito cerrado para sonda vesical. C2. La forma correcta de fijación de la sonda vesical. C3. La forma correcta de realizar la higiene genital y periuretral del paciente portador de sonda vesical. C4. El tiempo máximo de permanencia de la sonda vesical según el tipo. -Dimensión: Calidad científico-técnica -Tipos de datos: Proceso -Unidades de estudio: Enfermeras del servicio de URGENCIAS y de Centros de Salud del Área. -Fuente de datos: Encuesta a profesionales -Identificación y muestreo de las unidades de estudio: Encuesta a las profesionales en el turno de las unidades de URGENCIAS de un Hospital General Universitario y de

Centros de Salud del Área. -Tipo de evaluación: Interna. Abril 2011.

RESULTADOS:

1ª Evaluación: 60 profesionales C1: 62%, C2: 68%, C3: 43%, C4: 55%, Indicador: 13%.

DISCUSIÓN:

Existe variabilidad en los conocimientos de los profesionales sobre la práctica en el manejo de la sonda vesical, lo cual nos permite la implantación de Acciones de mejora derivadas del análisis, que el grupo de trabajo planificó. • Sesiones formativas en las unidades de estudio. • Difusión del procedimiento de enfermería sobre Sondaje Vesical • Difusión de las Recomendaciones de Cuidados al alta para paciente portador de SV.

P139.– EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

SÁNCHEZ-PRIETO MA, HERNÁNDEZ-CASTELLÓ MC, TORRECILLAS-SÁNCHEZ A, MUÑOZ-VIVANCOS MJ, GUILLERMO-VILA B, MARTÍNEZ-GIL E.

H.G.U. REINA SOFÍA. ÁREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Determinar el nivel de conocimientos de las profesionales de enfermería sobre la utilización de los trípticos de Recomendaciones de Cuidados al alta (RCA) en las plantas de hospitalización Mejorar el nivel de conocimientos sobre su uso y proceso de elaboración. Disminuir la variabilidad en cuanto al almacenaje y dispensación. Promover la elaboración de nuevos trípticos para recoger las recomendaciones verbales que se dan a los pacientes al alta

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Indicador 1: Los profesionales de enfermería conocen los documentos de RCA existentes en el hospital. Conoce: C1. la existencia de los documentos de RCA. C2. el número de documentos de RCA diferentes que hay en el hospital. C3. dónde están ubicados los documentos de RCA en la unidad donde trabaja C4. el proceso de elaboración de un documento de RCA en el hospital. -Indicacdor 2: Los profesionales de enfermería entregan las recomendaciones de cuidados al alta. C5. entrega las RCA C6. conoce el momento idóneo para la entrega del tríptico de RCA -Dimensión: Calidad científico-técnica. -Tipos de datos: Proceso - Estructura -Unidades de estudio: Personal de Enfermería de las plantas de hospitalización. -Fuente de datos: Encuesta a profesionales -Identificación y muestreo de las unidades de estudio: Encuesta a las profesionales en el turno de las plantas de hospitalización -Tipo de evaluación: Interna. Observación directa. Marzo 2011.

RESULTADOS:

1ª Evaluación: 76 profesionales C1: 93%, C5: 61%, C6: 61%, C3: 58%, IND2: 55%, C2: 25%; C4: 3% , IND1: 3%.

DISCUSIÓN:

Acciones de mejora. Existe variabilidad en los conocimientos de los profesionales sobre los documentos de RCA, lo cual nos permite la oportunidad de mejorar a través de las Acciones de mejora que, derivadas del análisis, el grupo de trabajo decidió planificar. -Ubicación de los documentos de R.C.A. en expositores trasparentes situados en los controles de enfermería de las unidades -Cartelería informativa (póster) -Comunicación de los resultados de la primera medición a las profesionales de Enfermería de las distintas unidades. -Sesiones formativas en las unidades de hospitalización. -Entrega de protocolo "Elaboración de los folletos de Recomendaciones de Cuidados" en las unidades de hospitalización.

P140.– ELABORACIÓN, DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA.

MUÑOZ-PÉREZ G, AREITIO-YUGUEROS C, HERNÁNDEZ-HERNÁNDEZ I, GONZÁLEZ-FUENTES M, SERRANO-NICOLÁS MB, ZOMEÑO-ROS AI.

H.G.U. REINA SOFÍA ÁREA VII MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Las recomendaciones de cuidados son una herramienta que favorece la implicación de los pacientes y familiares en sus autocuidados una vez son dados de alta del hospital. Aportan información necesaria para garantizar la continuidad de cuidados en el domicilio. La Comisión de Cuidados detecta una gran diversidad en el formato, estructura, contenido y vigencia de los documentos que se entregan a los pacientes. Objetivos: oDisminuir la variabilidad de la documentación que los profesionales de enfermería entregan a los pacientes y familiares al alta en el hospital oDiseñar un material didáctico de fácil comprensión por el paciente y/o cuidador principal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras recopilar todos los documentos que se entregaban a los pacientes desde el hospital, la Comisión de Cuidados llevó a cabo una priorización para la normalización de éstos, siguiendo los criterios de: capacidad, factibilidad, necesidades detectadas por los profesionales de hospitalización, recomendaciones que derivaban de consultas de enfermería… Se diseñó el formato del documento "Recomendaciones de Cuidados al Alta" Se realizó un Procedimiento de Elaboración de Recomendaciones de Cuidados siguiendo la estructura de los procedimientos del Área. Consta de definición, formato, estructura, contenido y diseño. Se establecieron las normas del circuito para la coordinación de los nuevos documentos: un miembro de la Comisión de Cuidados coordina la revisión de la recomendación junto con los autores, se adjuntarán referencias bibliográficas y evidencia científica, se realizará validación cognitiva con 5 pacientes. Maquetación en Unidad Técnica de Comunicación, aprobación por comisión de cuidadados, validación por grupo de Gestión de procedimientos, aprobación por Comisión de Dirección. Para

la difusión en las unidades previamente se presentó a los supervisores y se procedió al abastecimiento en los distintos controles de enfermería.

RESULTADOS:

Se han elaborado 10 recomendaciones de cuidados: Paciente con Sonda Vesical, Paciente con cardiopatía isquémica, Paciente con Vendaje de Yeso cerrado, Paciente con nutrición enteral por sonda nasogástrica, Paciente con nutrición enteral por Sonda gastrostomía, Paciente con Marcapasos, Paciente que presenta mastectomía y vaciamiento axilar, Paciente con ostomia, Paciente portador de una artroplastia de cadera, Paciente con pie diabético. Todas las unidades disponen de las 10 recomendaciones.

DISCUSIÓN:

Se ha favorecido la implicación de los profesionales en la mejora continua de los cuidados diseñando herramientas que mejoren y afiancen la información recibida por los pacientes en el hospital y que asegure la continuidad de los cuidados en el domicilio.

P141.– CÓDIGO DE COLORES PARA IDENTIFICAR LAS VÍAS: SEGURIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL.

GARCÍA-ZAMORA MJ, GALINDO-PALAZÓN S, LÓPEZ-GARCÍA M.

H.G.U. REINA SOFÍA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario. En reanimación los pacientes son portadores de diferentes tipos de vías por las que se administra de manera simultánea medicación. Esto hace imprescindible la identificación mediante un código de colores para facilitar el trabajo del personal y evitar la administración de fármacos por vía errónea. Diversos organismos recomiendan identificar mediante etiquetas las vías de administración de más riesgo en pacientes a quienes se administren medicamentos por diferentes vías. No se dispone de un código de colores establecido internacionalmente, excepto para las vías epidural e intratecal. SENSAR, en colaboración con ISPMP-España, considera conveniente fomentar el etiquetado de estas vías, siguiendo el sistema de colores iniciado en Australia y Nueva Zelanda. Objetivos: Protocolizar el etiquetado de las diferentes vías de administración de fármacos. •Promover la utilización de prácticas seguras para prevenir posibles errores en la administración de fármacos. •Facilitar la identificación de vías de manera visual por el personal sanitario mediante un código de colores. •Incrementar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el 2007 en el Hospital Reina Sofía de Murcia se realizó un cuestionario de Autoevaluación de la seguridad de utilización de los medicamentos en los hospitales por el grupo de trabajo de seguridad del paciente (ISMP- ESPAÑA).Se constituye un grupo de trabajo en el que se normaliza y se establece la recomendación de identificar las distintas vías de administración, con los 3 colores que actualmente están vigentes (rojo para la vía arterial, verde para la vía epidural y amarillo para la luz distal de la vía venosa central), hasta la aparición del sistema propuesto por la SENSAR. Se está promoviendo el desarrollo e implantación de prácticas

efectivas dirigidas a reducir los errores de medicación y mejorar la seguridad del paciente.

RESULTADOS:

Se implanta la utilización de etiquetas de colores en las distintas vías aprobadas por el grupo de trabajo, en las unidades de reanimación, quirófano y uci. En las unidades de hospitalización se centra en los catéteres centrales, en un principio en la zona proximal.Se ha iniciado la implantación en la zona distal como medida de seguridad, aumentando la confianza de la enfermera.

DISCUSIÓN:

Se crea la necesidad de normalizar el Procedimiento de Identificación de las vías en Unidades de Críticos. Consideramos que con la elaboración de este procedimiento, se facilita el trabajo para todo el personal, evitando posibles errores en la administración de fármacos, aumentando la calidad asistencial de los cuidados de enfermería. Es necesario establecer unos estándares universales con el fin de armonizar los mismos procedimientos en todos los países.

P142.– MONITORIZACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA RETROALIMENTACIÓN EN SU DESPLIEGUE.

LÓPEZ-GARCÍA JA, LÓPEZ-SORIANO F, ALCANTARA L, RODRIGUEZ-ALEMAN A, CANOVAS-SERRANO A, RIVAS F.

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE DE LA REGIÓN DE MURCIA. CARAVACA DE LA CRUZ.

OBJETIVOS:

En relación con el segundo reto mundial de la OMS por la seguridad del paciente: "La cirugía segura salva vidas" se han desarrollado una serie de herramientas para disminuir los eventos adversos y las complicaciones perioperatorias. Una de ellas es el listado de verificación quirúrgica (LVQ), que ha demostrado ser útil para reducir la morbi-mortalidad. En nuestro Hospital hemos implantado el LVQ en formato papel hace dos años, con un índice de cumplimentación mayor al 90%, pero con un alto número de no conformidades. Desde finales de 2010 se ha adaptado SELENE, por lo que nos hemos propuesto cambiar el registro del listado de verificación Quirúrgica del formato papel a un formulario de SELENE. La explotación de este formulario de forma sistemática y periódica, permite mejorar el cumplimiento de las exigencias de seguridad que contiene

MATERIAL Y MÉTODOS:

El formulario electrónico adaptado en SELENE incluye además, indicadores que permiten evaluar la conformidad en cada uno de los tiempos quirúrgicos (Entrada, Pausa y Salida), así como identificar las causas de no conformidad. Tras una sesión de formación a todo el personal de quirófano, se diseñó un plan de explotación y análisis de datos, y un plan de comunicación para establecer una retroalimentación hacia los mandos intermedios que es remitida semanalmente por e-correo. El plan fue expuesto en comisión quirúrgica, y presentado en una comunicación interior con el respaldo de la dirección

RESULTADOS:

El listado de explotación de datos en Crystal Report, semiautomatiza la explotación de los datos registrados, permitiendo un feed back sobre los implicados en el listado

de verificación quirúrgica. Se observa una alta cumplimentación del LVQ (92%), con resultado de "Conforme" en un 22% de casos, experimentando una tendencia de mejora, pasando de 18% al 36%. En cuanto a los tiempos del LVQ la mayor conformidad esta en la salida con un 85%, y la peor en la entrada con un 47%. Los ítems que más influyen en la "No conformidad" del LVQ son la marcaron quirúrgica que supone causa de no conformidad en el 88% de casos, y la administración de ATB profiláctico en un 63% de los casos. Hay algunos ítems con una variabilidad importante, entre los que podemos señalar la identificación de muestras biológicas o el chequeo de seguridad anestésica.

DISCUSIÓN:

La monitorización del LVQ, nos ha permitido detectar precozmente niveles bajos de calidad, identificando los puntos susceptibles de mejora, e implantar medidas correctoras, que nos lleven a conseguir que TODOS los pacientes quirúrgicos tengan TODAS las exigencias de seguridad propuestas por la OMS.

P143.– LA JORNADA TALLER "CURA EN AMBIENTE HÚMEDO" COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

MORILLO-CADIERNO RM, IZQUIERDO-PELAEZ V, BARROSO-GUTIERREZ C, VILLAR-ROJAS AE, ROMERO-BRIOSO C.

HOPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

A principios del año 2011 tras la incorporación de nuevos profesionales de enfermería en nuestro hospital, se pone de manifiesto la necesidad de formación de los profesionales de Enfermería en la actualización en conocimientos de UPP. Ante tal situación la Unidad de Telecuidados y el Centro Coordinador de Procesos Estratégicos junto con la Subdirección de Calidad y Formación Continuada de este hospital, organizan la Jornada Taller "Cura en Ambiente Húmedo" con el propósito de alcanzar los siguientes objetivos : actualizar los conocimientos de los profesionales de Enfermería en materia de prevención y tratamiento de UPP basados en la mejor evidencia posible;refrescar los conocimientos de los asistentes sobre el tratamiento de las heridas con productos basados en la cura en ambiente húmedo y Difundir la relevancia del Indicador de Seguridad del Paciente PSI 3 de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) relacionado con las las UPP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una Jornada-Taller teórico presencial, con parte teórica-práctica dirigido a profesionales de Enfermería Las sesiones se realizaron en dos grupos de trabajo, en horario de mañana de 9 a 14h y de tarde de 16 a 21h con la participación de más de doscientos profesionales en ambos turnos. Antes del comienzo de las Jornadas se repartió a los asistentes un pre-test sobre conocimientos en UPP y un cuestionario de expectativas previas y antes de finalizar las jornadas se entregó a los participantes un post-test sobre conocimientos en UPP acompañado de un cuestionario de evaluación docente. Los datos recogidos fueron sometidos a análisis estadístico.

RESULTADOS:

Los asistentes obtuvieron una puntuación más elevada en el post-test de conocimientos 79% de aciertos que en el pre-test 54% de aciertos. El cuestionario de evaluación docente ha sido muy positivo con una puntuación media de 4,8 sobre 5. Se ha destacado la alta motivación de los profesionales, demanda y sugerencias de nuevas jornadas.

DISCUSIÓN:

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema asistencial de gran magnitud que afecta a la seguridad de los pacientes hospitalizados y difundir entre los profesionales una cultura de seguridad, recomendaciones y buenas prácticas es una de las estrategias más eficaces para prevenir las UPP.

P144.– ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA, CAMINANDO JUNTAS POR UN FUTURO COMÚN.

SORIANO-JIMENEZ AN, SANTOS-CUTILLAS IS.

GERENCIA AREA V. YECLA.

OBJETIVOS:

Fomentar la calidad asistencial. Aumentar la satisfacción y la calidad de los cuidados percibidos por los usuarios. Fomentar la vía de comunicación adecuada, para divulgar la información de AP a AE y viceversa. Favorecer el conocimiento del personal sanitario del Área, así como conocer la responsabilidad de cada servicio y dorma de ponerse en contacto con ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para conseguir los objetivos no queremos desligarnos de nuestro proceso transversal de comunicación, y se han establecido los siguientes acciones: 1. Se creo un grupo de trabajo formado por varias Direcciones: médica, enfermera y el gerente de donde se generan grupos de trabajo. 2. Se seleciona un equipo multidisciplinar y se plantea un calendario de reuniones, para determinar nuestro estado actual y las posibles acciones de mejora. 3. Se realiza un análisis descriptivo de la situación actual, acciones de mejora y modificaciones, mediante la técnica de grupo nominal y tormenta de ideas. 4. Se elabora un dossier con las áreas de mejora y propuestas de solución relativas a los diferentes puntos de mejora detectados, para cumplir nuestros objetivos, que se entrega a las Direcciones del Área.

RESULTADOS:

El primer paso es fomentar la comunicación entre AP y AE, y consecuencia de ello obtuvimos: - Fomentar el uso de: Guía de Recomendaciones Enfermeras Guía de Planes de Cuidados (Diagnósticos NANDA, NIC-NOC) Uso de la Intranet entre los profesionales, colgando en ella los manuales de funcionamiento de OMI y SELENE. - Fomentar el Informe de Continuidad de Cuidados, implantando el sistema de Pre-ALta de Selene, por vía telemática (tiempo real y agilizada) HPHIS. - Proceso de normalización de escalas entre AP y AE. - Normalizar procesos de cuidados. -

Tener unos indicadores comunes. COSAS PENDIENTES: Actualmente estamos trabajando en el fomento de la comunicación entre AP y AE, potenciando la bidireccionalidad, creando criterios de alerta. - Organigrama personal por servicios (identificación profesional, fotografía, currículum), responsable del servicio, horario de atención. En actualización permanente. - Recuperar la figura del consultor de Medicina Interna, con una visita semanal a los Centros de Salud. - Fomentar la participación en proyectos de investigación entre AP-AE. - Establecer participación conjunta en promoción de salud en las poblaciones de Jumilla-Yecla. - Informatizar los servicios de urgencias que todavía no lo estén. - Que AP y AE tengan la opción de consultar el aplicativo informático necesario para conocer toda la información de la historia clínica del paciente. - Notificar al sanitario de AP por correo electrónico de OMI cuando el paciente sea: - Atendido en un servicio de urgencias (precise ingreso o no) - Atendido en Consultas Externas - Exitus.

DISCUSIÓN:

Mejorar nuestra política de calidad. Implicar a los profesionales en la satisfacción del usuario. Retroalimentación en la comunicación AP-AE.

P145.– ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE PACIENTE EN ANDALUCIA. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.

DEL NOZAL-NALDA M, VILAPLANA-GARCIA A, MORILLO-CADIERNO RM, DE DIEGO-FURNIER M, BARROSO-GUTIERREZ C, IZQUIERDO-PELAEZ V.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA Y ÁREA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

En el año 2006 se publicó en Andalucía la Estrategia de Seguridad de Paciente (ES) como un documento orientado a guiar las actividades de seguridad de paciente en los centros sanitarios. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) puso a disposición de los centros una herramienta de evaluación. El hospital y su área llevan desarrollando en los últimos años actividades orientadas a garantizar la calidad de la asistencia sanitaria. Durante el año 2009 se realizó el primer proceso de autoevaluación utilizando dicha herramienta al ser un objetivo vinculado al Contrato programa del hospital. Durante el año 2011 se ha procedido a instancias de la Dirección de la Estrategia de Seguridad de Paciente de Andalucía a actualizar dicha autoevaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Coordinado por la Subdirección de Calidad profesionales adscritos a la misma y del Centro Coordinador de Procesos Estratégicos realizaron una comprobación de las evidencias aportadas y a través del contacto con profesionales líderes en cada uno de los campos se identificaron nuevas evidencias así como áreas de mejora. En el proceso de autoevaluación se aportaron evidencias y áreas de mejora vinculadas a procesos estratégicos, operativos y de soporte, así como en líneas de innovación, contemplados en la ES.

RESULTADOS:

El proceso de autoevaluación nos ha permitido aportar evidencias sobre la existencia de un plan funcional de comisiones estructurado y operativo, iniciativas para el desarrollo de mapas de riesgo específicos por área asistencial, implementación de planes de formación sobre seguridad, desarrollo de líneas de investigación y de innovación, implicación del paciente y de los cuidadores en la seguridad, implementación de sistemas de notificación de incidentes con planes de mejora, protocolización de

actividades de riesgo y seguimiento de las recomendaciones implantadas e implantación de buenas prácticas en prevención de infección nosocomial, prácticas seguras en cirugía, prevención de úlceras por presión, entre otras. También se han identificado más de 25 áreas de mejora en los diversos procesos evaluador.

DISCUSIÓN:

Consideramos que esta estrategia de autoevaluación nos permite evaluar el desarrollo de las actuaciones realizadas en el hospital y su área, sin olvidar que todo proceso de autoevaluación lleva implícito un análisis crítico en el que la identificación de áreas de mejora nos permite seguir avanzando en la mejora continua de nuestra organización y de la seguridad de los pacientes durante la asistencia sanitaria

P146.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MANEJO DE CARÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN.

COS-ZAPATA A, PINA-MINGORANCE C.

HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar y mejorar los conocimientos de enfermería en el cuidado de catéter central de larga duración.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un ciclo de mejora entre abril y junio de 2010 en las diferentes unidades de hospitalización de nuestro centro sanitario. Los criterios evaluados fueron los siguientes: 1 Actuación de enfermería ante un catéter central de larga duración que presenta oclusión por coagulo sanguíneo. 2 Dosis de heparina necesaria para heparinizar un catéter hickman. 3 Promedio de punciones que permite la membrana de un reservorio 4 Actuación de enfermería ante un catéter reservorio que permite la perfusión pero no refluye. 5 Necesidad de apósito en el punto de inserción de un catéter hickman. 6 Periodicidad de la heparinización en un catéter PICC. Para la evaluación de los criterios se realizo una encuesta tipo test de 6 preguntas con 4 repuestas posibles de las cuales solo 1 es correcta. Las acciones de mejora implantadas consistieron en realizar talleres de formación sobre"cuidados y manejo de catéteres centrales de larga duración", basados en los protocolos vigentes en nuestro hospital. Los talleres tenían una hora de duración, de la cual la primera parte era exposición teórica y la segunda práctica. A los 8-10 días del taller se volvió a aplicar el cuestionario a la misma muestra inicial.

RESULTADOS:

El porcentaje de cumplimiento obtenido por criterios antes y después de la formación fue:

Criterio 1: 25.9% antes y 93% después.

Criterio 2: 24.1% antes y 58.1% después.

Criterio 3: 20.4% antes y 76.1% después

Criterio 4: 16.7% antes y 79.1% después

Criterio 5: 35.2% antes y 93% después.

Criterio 6: 29.6% antes y un 65.1% después.

Las mejoras obtenidas han sido estadísticamente significativas ($p<0.001$) en los 6 criterios.

DISCUSIÓN:

Queda evidente la importancia y trascendencia de la formación de enfermería en el manejo y cuidado de catéteres centrales de larga duración, en hospitales con servicio de oncohematologia. Con ella aseguraremos la calidad de cuidados y seguridad que nuestros pacientes necesitan.

P147.– PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PCR INTRAHOSPITALARIA EN UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL.

NAVARRO-GIL PM, LOPEZ-HERCE-CID J, CAMILO-ALVAREZ A, MOYANO-TOST MJ, GIL-BORRELLI C, SERIÑA-RAMIREZ C.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

OBJETIVOS:

Elaborar un plan de mejora de la atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) con intervención en prevención, formación, organización y atención a la emergencia vital (con evaluación previa a la intervención), en el hospital materno-infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón con el fin de disminuir la incidencia y mejorar la supervivencia de la PCR intrahospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se constituyó un grupo de trabajo formado por distintos profesionales del personal sanitario de diferentes servicios del hospital Materno-infantil que intervienen en el proceso de prevención y atención a la PCR. Se revisó el registro prospectivo de PCR intrahospitalaria del área pediátrica. Durante el último trimestre de 2009 se entregaron cuestionarios al personal sanitario involucrado en dicho proceso que evaluaban el riesgo específico de cada área hospitalaria, su dispositivo asistencial y la formación del personal en reanimación cardiopulmonar (RCP). En Enero de 2010 se realizó un análisis de la información recabada.

RESULTADOS:

El análisis de las respuestas a los cuestionarios, permitió detectar áreas de mejora tanto logísticas como asistenciales, organizativas y de formación continuada de todo el personal en RCP. Así mismo, permitió la realización de un mapa de riesgos de todo el edificio y la elaboración de un plan de mejora que contempla todos los aspectos analizados.

DISCUSIÓN:

Las características especiales de las personas que pueden sufrir una emergencia vital en un hospital materno-infantil (rango de edad, emergencia no previsible, etc.) añaden

complejidad a la hora de diseñar un sistema hospitalario de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria. Sin embargo, la elaboración de un plan de mejora coordinado e integrado de prevención y atención a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria puede mejorar los aspectos implicados en el proceso.

P148.– ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES EN NUESTRO HOSPITAL.

GÓMEZ-SANTILLANA M, PÉREZ-ALONSO M, SÁNCHEZ-GARCÍA M, TORDERA-RAMOS M, BALLESTEROS-CAVERO JA, OLMO-VALERA AM.

HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. CUENCA.

OBJETIVOS:

El contrato de Gestión de 2010 del SESCAM para nuestro hospital, en el Área de atención al Ciudadano menciona el Objetivo 6. "Gestionar adecuadamente las reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias de los ciudadanos" con los siguientes factores de éxito: Contestar en el plazo establecido el 95% de todas las reclamaciones presentadas por los usuarios así como realizar actuaciones para disminuir el número de reclamaciones en relación con 2009. El presente trabajo expresa la Voluntad de la OCAU (Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario) para conocer la voz del usuario y usar la información como base para la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de todas las reclamaciones llegadas durante el año 2010, a la Unidad de Atención al paciente recogidas en el programa informático SGRS (Sistema de Gestión de reclamaciones del SESCAM y) exportadas al Excel para su explotación.

RESULTADOS:

Durante este periodo se han recibido 474 reclamaciones correspondientes a nuestro hospital siendo contestadas 464 en un plazo inferior a 30 días, (el 98% de las mismas). Por meses, en los que más reclamaciones ha habido son: Febrero- Marzo, Mayo-Julio y Noviembre. Si agrupamos los Servicios más demandados en cada mes se observan varios hechos: 5 servicios concentran el mayor número de reclamaciones (Traumatología, Alergia, Rayos, Hospital, Admisión), siendo el de Trauma el que en 5 meses del año, es el más reclamado. Por categoría el 54% de las reclamaciones tienen relación con 4 categorías: la lista de espera como primer y destacado asunto, la disconformidad con la asistencia, el proceso de citaciones y el extravío de documentos u objetos. En segundo lugar se comprueba otro

acumulo de quejas, que representan el 23% de la casuística, e identifica tres grandes áreas de preocupación por los pacientes: quejas sobre la información recibida, trato personal y normas. En relación a los Servicios, los Servicios de Alergia y Traumatología son los principales receptores de demanda debidos a la lista de espera; Los Servicios de Urgencias y Ginecología los más representados en la categoría disconformidad con la asistencia; los Servicios de Radiodiagnóstico, Traumatología y Admisión en relación a las citaciones y esté último debido a la pérdida de documentación. En cuanto al tiempo de reclamación es importante destacar que los datos de 2010 demuestran que los Servicios con mayor número de reclamaciones responden todos muy rápidamente, por debajo de 20 días.

DISCUSIÓN:

Las reclamaciones expresan la voz del cliente, existiendo un sistema de gestión de reclamaciones que está vigente, activo y produce información para la acción. Además los usuarios y pacientes que reclaman son atendidos, escuchados y sus reclamaciones respondidas, la inmensa mayoría antes de los 30 días y en muchos casos bastante antes. El análisis continuo de las reclamaciones permite que la Dirección del Centro implemente acciones correctivas para modificar las causas de estas reclamaciones.

P149.– RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES SOBRE HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DEL HOSPITAL.

MARIN-GUERRERO * AC, ARIAS-MERINO G, BIURRUN-LARRALDE A, BLANCO-MC, GUIJARRO-HUERTA R, GUTIERREZ-NOMBELA I.

HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

Como elemento de una atención limpia y segura la estrategia multimodal de la higiene de manos (HM) ideada por la OMS, propone con sus encuestas indagar sobre los conocimientos y percepciones sobre la HM que tiene el personal. El objetivo final que se ha dado a estas encuestas en el Hospital es mejorar los fallos y las percepciones erróneas que se tienen sobre la HM.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Con el apoyo de la Subdirección de Calidad y Atención al Usuario, el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, adaptó al castellano las encuestas sobre conocimientos y percepciones que tiene disponibles la OMS. Cada encuesta consiste de 21 y 24 preguntas respectivamente. Las 11 primeras preguntas permiten identificar el sexo, edad y lugar de trabajo a los encuestados. En la encuesta sobre percepciones las preguntas se relacionan con la apreciación de riesgo asociado a la atención sanitaria, medidas que le parecen eficaces para mejorar el cumplimiento de la HM, la importancia que se le da en el Hospital a la HM y el esfuerzo que supone realizarla. En la encuesta de conocimientos se indaga acerca de las nociones que tiene el personal sobre el modo de transmisión de los microorganismos y de como y cuando debe realizarse la HM

RESULTADOS:

De los encuestados el 80% han sido mujeres, con una edad media de 39 años, 75% son enfermeros o auxiliares de enfermería y que trabaja en los servicios de hospitalización el 36%. El 29% han recibido formación sobre HM y el 75% dice utilizar habitualmente las soluciones hidroalcohólicas. En porcentajes superiores al 85%, los encuestados refieren que una infección asociada a los cuidados del paciente representa una situación grave o muy grave. Para el 85% de

los profesionales la HM es una medida de prevención eficaz. Un 65% le da mucha importancia a la HM en relación a la seguridad del paciente. El 70% considera que es más que eficaz el apoyo activo de los directivos del Hospital y que es importante o muy importante la implicación directa de los responsables del servicio en el cumplimiento de la HM. Y a más del 55% de los encuestados, les parece que se deben tomar como medidas más efectivas para apoyar la HM la disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas y la formación. En la encuesta de conocimientos, más del 80% del personal ha respondido correctamente a las preguntas sobre las indicaciones de la HM, exceptuando algunos casos puntuales como por ejemplo que el 54% de los profesionales dice que se puede prevenir la transmisión de gérmenes al personal, si se realiza la HM antes de una técnica aséptica o que el 59% refiere que la fricción hidroalcohólica produce mayor resequedad que el lavado con agua y jabón.

DISCUSIÓN:

Las encuestas de conocimientos y percepciones permiten a los responsables de la formación y de dar el impulso a la realización de la HM en los Hospitales obtener datos muy importantes que les ayudaran a mejorar los puntos débiles de los conocimientos y la percepciones erróneas de los trabajadores de la salud en el Hospital sobre la HM.

P150.– AULA DIDACTICA: UNA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL.

MARIN-GUERRERO* AC, ALMAZAN-GARCIA R, MARTIN- G, SANCHEZ-BERMEJO R, VEIGA-FRA R, TEJADO-GONZALO ML.

HOSPITAL GENERAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

Con el objetivo de iniciar la formación del personal del Hospital en Higiene de Manos (HM) y considerando que la disponibilidad de tiempo y recursos es limitada, se ha propuesto la realización de un Aula Didáctica (AD) "flash", en la que en tan solo 20 minutos, se logre explicar la importancia de la HM para evitar la transmisión de microorganismos, el cuando y el como realizarla, según la estrategia de la OMS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para realizar el AD se necesita la participación de 2 monitores formados, por cada hora, una persona de apoyo logístico, un proyector, un espacio disponible, botes de solución hidroalcohólica, 3 videos didácticos (importancia de la HM, cómo realizar la HM con solución hidroalcohólicas y cuándo se debe realizar) y folletos informativos de refuerzo de como y cuando

RESULTADOS:

Se realizaron dos AD por hora, comenzando a las 10 de la mañana y finalizando a las 3 de la tarde, del 5 de mayo "Día Mundial de la Higiene de Manos", cada una con duración exacta de 20 minutos. Dos monitores pertenecientes al Grupo de Apoyo de la HM se encargaron de 2 aulas, para un total de 10 monitores, entre los que se encontraban Supervisores de Enfermería, una residente y una enfermera de Medicina Preventiva. Todo bajo la supervisión y organización del Servicio de Medicina Preventiva y con el apoyo de la Subdirección de Calidad y Atención al Usuario. Cada Aula consistía en un video de 3 minutos sobre la importancia de la HM, en 5 minutos se explico y práctico el como se hace correctamente la HM por fricción con solución hidroalcohólica y los 10 minutos finales se dedicaron a un taller con videos para la identificación de los 5 momentos

claves para la realización de la HM, los últimos 2 minutos se utilizaron para responder preguntas y entregar el folleto informativo. Asistieron en promedio 15 a 20 alumnos, entre los que se encontraban en su mayoría enfermeros y auxiliares de enfermería, también acudieron médicos y celadores. Los alumnos acudían según una planificación previa, para que todos pudieran participar y la continuidad del servicio no se viese interrumpida. De la actividad, los monitores concluyeron que las personas que asistieron al AD se han sentido satisfechas por la sencillez y facilidad con la que se explicaron los 5 momentos y la rapidez con la que se realiza la HM con la solución hidroalcohólica.

DISCUSIÓN:

El AD puede ser una solución práctica, rápida y fácil de llevar a cabo para instruir al personal en contacto con el paciente sobre la importancia, el cómo y el cuándo realizar la HM, sin interferir con el trabajo diario de los servicios. Sin embargo, por el tiempo, quedan otras áreas no cubiertas como el uso de guantes y situaciones especiales, que se proyectan completar con sesiones breves en cada servicio de Hospital.

P151.– EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DEL Sº DE LOGÍSTICA COMO INDICADOR DE CALIDAD.

RICORD-MARTIN N*, VISEDO-LOPEZ JA, GRANADOS-ULECIA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES.

OBJETIVOS:

Siguiendo el Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001, se desarrolla y valida una encuesta de satisfacción del cliente interno que sirva, para establecer, a través de la misma, la diferencia entre lo que el cliente espera/desea y lo que efectivamente percibe. La información, procedente del análisis de la encuesta de satisfacción, como fuente para mejorar la gestión de las interacciones entre clientes y proveedores internos, mediante la detección de las necesidades actuales y futuras. Se perfila una encuesta de satisfacción como indicador de calidad, cuyos principales objetivos son: • Identificación de las necesidades y expectativas de nuestro cliente. • Promover iniciativas de interacción en el cliente. • Corrección de las incidencias. • Aumentar la satisfacción del cliente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se remite una encuesta de satisfacción del cliente interno a todos los servicios/unidades (facultativos, enfermería y administración), para realizar la evaluación en función de 5-6 criterios y con una escala de valoración del 1 al 10. La encuesta se remite anualmente desde al año 2008, a través de la Unidad de Calidad del Hospital. Desde el punto de vista metodológico se utiliza un modelo de encuesta, donde cada uno de los servicios consultados la cumplimenta de forma anónima e individual. De este modo se garantiza en todo momento la absoluta confidencialidad de las respuestas.

RESULTADOS:

Recopilación de información que está relacionada con las áreas consideradas prioritarias en la cadena logística (unidad de compras, unidad de almacén y unidad de inventario), para elaboración de un estudio, que sirva para optimizar la calidad de la gestión del servicio reduciendo los costes operativos y, las incidencias surgidas con la calidad, el

suministro del material y la atención del personal. De las encuestas realizadas en 2008, 2009 y 2010 se han obtenido los siguientes resultados: ☐ Tasa de respuesta: 88% (año 2008), 48% (año 2009), 45% (año 2010) ☐ Encuestas recibidas: 39 (año 2008), 30 (año 2009), 30 (año 2010) ☐ La media sobre la opinión global de los servicios: 6,31 (año 2008), 7,09 (año 2009), 7,11 (año 2010).

DISCUSIÓN:

El grado de satisfacción con el Servicio de Logística es percibido como satisfactorio, tanto por las unidades de enfermería como por los servicios médicos y de administración. La medición realizada nos sirve para priorizar los siguientes criterios: • Puntos fuertes que se han identificado y que deben mantenerse y aprovecharse al máximo: La atención y gestión de las incidencias surgidas en la Unidad de Almacén y la implantación del sistema de doble cajón en los almacenes periféricos. • Puntos que precisan mayor desarrollo: productos nuevos. • Áreas de mejora identificadas: gestión de la unidad de inventario. La implementación de esta herramienta nos sirve para identificar las necesidades de nuestros clientes internos y nos permite establecer acciones de mejora concretas y consensuadas con nuestros clientes.

P152.– ANALISIS DE ERRORES DE PRESCRIPCION.

SANCHEZ-MULERO M, VENTURA-LOPEZ M, ARRIBAS-DIAZ B, SANCHEZ-QUILES I, MOLINA-GUILLEN MP.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Analizar los errores de prescripción detectados mediante el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU), como medida de mejora en la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos los errores de prescripción en el SDMDU durante los años 2009-2010. El registro se realiza de acuerdo con: "Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000", basado en la adaptación de la taxonomía del NCCMERP, bajo la coordinación del ISMP-España. Ésta se divide en:1) Identificación del caso/paciente;2) Información sobre el error;3) Consecuencias del error;4) Información del/de los medicamento/s;5) Características del error;6) Causas del error;7) Factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo.

RESULTADOS:

Errores de prescripción: 62, de los cuales 13(21%) corresponde a un error en la identificación del paciente y 49(79%) corresponden a errores de prescripción. Identificación; -Gravedad potencial: grave. En ningún caso afecta al paciente. -Causas: lapsus(100%). -Factores contribuyentes: falta de prescripción electrónica (100%); falta de sistemas de identificación del paciente (100%); falta de procedimientos normalizados de trabajo (100%). Prescripción: - Persona que descubre el error: farmacéutico (96%), médico (2%); enfermero (2%). - Gravedad: no llega al paciente (83.6%), alcanza al paciente pero no produce daño (14.3%), precisa monitorización (4%). - Vía de administración: Oral (51%), I.V.(47%), SC(2%). Analizamos en detalle los puntos 5,6 y7 de la clasificación: 5. Características del error: Error en la vía administración (10.2%), error en la frecuencia administración (16.3%), dosis errónea (26.5%), alergia previa al medicamento

prescrito (6%), duplicidad terapéutica (14.2%), no prescripción de medicamento necesario (4%), prescripción medicamento no indicado (4%), causas no específicas (18.3%). 6. Causas error: Lapsus (88%), falta de información sobre medicamentos (6%), similitud ortográfica (4%), error en cálculo dosis (2%). 6. Factores contribuyentes: falta de prescripción electrónica (26.5%), falta de protocolos o guías de tratamiento (8.4%), falta o insuficiente cumplimiento de prácticas de seguridad (8.4%), falta de información de medicamentos (2%), fallos o falta en el procedimiento de conciliación al ingreso (8.4%), falta de protocolos de seguimiento (3%), interrupciones de atención en la prescripción (28.5%).

DISCUSIÓN:

-La mayor parte de los errores de prescripción no alcanzan al paciente. -La causa principal es el lapsus. -Entre los factores contribuyentes destaca la falta de prescripción electrónica y la interrupción en la atención. -Consideramos como medidas de seguridad: la implantación de prescripción electrónica, adecuada identificación del paciente, conocer las alergias, escribir con letra legible y sin abreviaturas.

P153.– ANALISIS DE CONSULTAS RECIBIDAS EN EL CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS (CIM) DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO.

SANCHEZ-MULERO M, NAJERA-PEREZ MD, ARRIBAS-DIAZ B, MOLINA-GUILLEN MP, SANCHEZ-QUILES IM.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

El CIM tiene como objetivo planificar técnicas y conocimientos que permiten el análisis, evaluación y transmisión de información sobre los medicamentos y su uso de forma objetiva, actualizada, evaluada clínicamente y en tiempo útil, con el fin de optimizar la terapéutica. Así participa en la elaboración de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital; elabora informes para la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Como parte importante de sus funciones, se encarga de la resolución de consultas directas a los profesionales sanitarios. Nos proponemos analizar dichas consultas con objetivo de llevar a cabo acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El CIM cuenta con un programa informático (SAVAC) donde se registran las consultas que se consideran más relevantes. Las consultas menos relevantes se registran en un documento aparte. Se han analizado las consultas recibidas entre 2004-2011 y clasificado en función del tipo de pregunta y medio a través del cual se resuelve la consulta. A su vez, las consultas sobre administración se han dividido en función de la importancia, urgencia para contestarla y persona que consulta.

RESULTADOS:

Se han registrado 404 consultas en el periodo de estudio. Clasificación en función del tipo y frecuencia de consulta recibida al CIM: administración: 122(30%); disponibilidad: 53(13%); uso terapéutico: 43(10.6%); estabilidad: 39(9.6%); interacciones: 28(6.9%); posología: 26(6.4%); contraindicaciones: 20(4.9%); intoxicación: 14(3.4%); otros: 14(3.4%);acción y mecanismos: 8(2%); indicación: 7(1.7%); información y evaluación: 7(1.7%);composición: 5(1.3%); lactancia: 5(1.3%); seguridad: 4(1%); farmacocinética: 3(0.7%); niños: 3(0.7%); embarazo:

1(0.2%); identificación/disponibilidad comercial: 1(0.2%) Según el medio a través del cual se resuelve la consulta: teléfono 246(62.5%); personal 81(20.5%); informe escrito 67(17%). Las consultas mayoritarias fueron de administración (30%) y la gravedad potencial fue: grave 3(2.4%); moderada: 66(54%); leve 53(43.4%). Según la persona que realizó la consulta: enfermero 72(59%); médico 34(28%); auxiliar 12(9.8%); farmacéutico 3(2.4%); otros 1(0.8%). En ningún caso, la consulta fue registrada como urgente.

DISCUSIÓN:

Se debe dar mayor difusión de este servicio a los profesionales del Hospital, ya que consideramos que el disponer de una fuente de información independiente puede contribuir a un uso más racional y seguro de los medicamentos. La mayoría de consultas registradas fueron sobre administración, lo que indica la preocupación por este tema; aunque la mayoría fueron clasificadas como no graves, esto nos llevó a la elaboración de documentos: diluciones antibióticos, medicamentos que contienen látex y tabla de compatibilidades de mezclas para UCI. Debemos aumentar el número de contestaciones mediante informe escrito, para aumentar la calidad de nuestro s.

P154.– EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE REGISTRO EN OMI DE LAS ESPIROMETRÍAS DE LOS C.S. DE SAN ANDRÉS, EL PALMAR Y ESPINARDO.

LORENCIO-ROBLES M, LUJÁN-ALCARAZ JM, CARLES-HERNÁNDEZ C, SOLANO-BROTONS E, BASTIDA-MUÑOZ MJ, HELLIN-GIL MF.

ÁREA 1 MURCIA-OESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Con el Proyecto Brisa se extiende a todos los centros de salud la realización de espirometrías.Tras un análisis de causas se evidencia la necesidad de evaluar el proceso espirométrico llevado a cabo hasta el momento, y mediante un ciclo de mejora aumentar el registro en OMI de las espirometrías en 3 de los 14 centros de salud que componen el Área 1 Murcia-Oeste: Espinardo, San Andrés y El Palmar, con los siguientes objetivos: •Valorar el registro del proceso espirométrico realizado en los C.S. Espinardo, San Andrés y El Palmar. •Mejorar el registro en OMI de los pacientes a los que se les realiza espirometrías.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se establecen los siguientes criterios de calidad relacionados con el registro de los datos en la Historia Clínica de OMI: C1.Se informará al paciente de no utilizar medicación desde la noche anterior a la prueba. C2.El paciente será informado para evitar ejercicio físico, tabaco, alcohol y café 30 minutos antes de la prueba. C3.Se registrará el hábito tabáquico. C4.Se medirá y registrará peso, talla e IMC. C5.Se anotarán las incidencias durante la prueba. C6.Registrar los resultados obtenidos en la espirometría. La dimensión estudiada es la calidad científico-técnica, siendo todos los datos de proceso. Para todos los criterios, la unidad de estudio es el paciente al que se le hace la espirometría, los proveedores son los profesionales que la realizan y el proceso a evaluar es el correspondiente a la realización de la espirometría. Para la 1ª evaluación se seleccionan a los pacientes que se les ha realizado una espirometría desde 1 enero hasta 31 mayo 2010 (n=101 pacientes), comprobando los registros a través de OMI, y en Noviembre de 2010 para la 2ª evaluación. Las medidas correctoras adoptadas han sido: -Reuniones de equipo para exponer el ciclo de mejora e informar del

registro en OMI de este proceso. -Diseño de la hoja informativa para el paciente con instrucciones previas a la prueba. -Establecer circuito de citación y dispensación de la hoja informativa.

RESULTADOS:

Al concluir el ciclo de mejora observamos un aumento en el cumplimiento de todos los criterios enunciados. En los relacionados con la información (C1 y C2), se ha pasado del 11,88% al 47,56%, y del 3,9% al 48,78% respectivamente. En cuanto al registro del hábito tabáquico y los datos de peso, talla e IMC, el aumento ha sido del 9,9% al 24,39% y del 33,66% al 71,95%. De los criterios relacionados con la prueba en si, el registro de las incidencias ha aumentado del 23,67% al 63,41%, y el registro de los resultados de la espirometría también ha experimentado una subida del 22,75% al 50%.

DISCUSIÓN:

Realizar este ciclo de mejora aplicando las medidas correctoras antes mencionadas ha sido satisfactorio para aumentar el registro en OMI de la información, los datos del paciente y del proceso espirométrico, mejorando así la calidad percibida por nuestros pacientes, y profesionalmente la relacionada con el servicio que presta enfermería al realizar esta prueba en un centro de salud.

P155.– ESTRATEGIA FORMATIVA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

MONTEAGUDO-PIQUERAS O, BARRAGAN-PEREZ AJ, MARÍN-LOPEZ J, SÁNCHEZ-NANCLARES G*, MARTÍNEZ-ROS MJ, PALOMAR-RODRÍGUEZ JA.

CONSEJERÍA SANIDAD Y CONSUMO/SERVICIO MURCIANO SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es contribuir a la mejora de la calidad de la historia clínica de Atención Primaria (AP) en nuestra Región a través de una acción formativa en codificación clínica y gestión de procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La codificación clínica implantada en el ámbito de la AP en nuestra Región es la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). En el ámbito de la atención especializada existe una vasta cultura en cuestiones de codificación, no así en AP, donde existe un vacío formativo al respecto. Para verificar esta necesidad normativa, se planificó un análisis de la situación mediante la evaluación de la calidad de la información clínica en distintas gerencias de la Región. Entre los problemas de calidad detectados, los más importantes fueron: 1º) No codificación clínica de las razones de consulta; 2º) Cambio del descriptor diagnóstico sin verificar el código CIAP; 3º) No cerrar episodios. A partir del análisis de situación, durante el último trimestre del 2010, se diseñó una estrategia formativa para intentar dar solución a los problemas de calidad detectados dando cobertura al menos a un profesional sanitario (Médicos de Familia y Pediatras) de cada uno de los 80 Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Región.

RESULTADOS:

La acción formativa resultante tenía la siguiente estructura: A) Objetivos; a1) general: Que los participantes actualicen sus conocimientos teóricos y prácticos necesarios para mejorar la calidad de la información clínica registrada en la historia de AP de la Región; a2) específicos: Actualizar los conocimientos de los participantes para que mejoren la gestión de la historia clínica informática de AP; Comprender e interpretar la CIAP, así como otras codificaciones

internacionales; Homogeneizar criterios para mejorar la calidad de los datos recogidos en la historia clínica; Comprender y reducir la variabilidad en la codificación entre los profesionales de AP; Capacitar a los profesionales formados para que sean capaces de formar a otros sobre codificación en AP. B) Material y documentación; b1) se habilitó en la plataforma virtual IDEA (Interface Dinámico de Enseñanza, Aprendizaje y Trabajo Colaborativo), un espacio específico de comunicación entre los asistentes y como depósito de documentos; b2) Se definió la redacción de un manual en formato electrónico con el contenido de la acción formativa; b3) Se estableció la elaboración de una documentación resumida para facilitar la función, de formador de formadores, de los profesionales participantes. C) Evaluación de impacto a través de un test antes y después de la acción formativa. D) Ediciones: el número de ediciones estimado para cubrir los EAP fue de 4 (20 profesionales por edición) para realizar a lo largo del 2011.

DISCUSIÓN:

Las expectativas de esta acción formativa son encontrar una mejora real en la calidad de la historia clínica de AP que se estimará con un nuevo análisis de situación.

P156.– CALIDAD DE MEDIDA DE TRANSLUCENCIA NUCAL CON UN MÉTODO CUSUM DEL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDÍA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

CAÑIZARES-HERNÁNDEZ F*, PUCHE-MORENILLA C, BOUNDI- Z, SARABIA-MESEGUER A, LÓPEZ-AZORÍN F, TOVAR-ZAPATA I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Aplicar un método de control de la calidad gráfico mediante la suma acumulada de las desviaciones estándar (CUSUM) en la medición de la translucencia nucal (TN), y compararlo con los utilizados habitualmente tales como los de la Fundación de Medicina Fetal (FMF) o del Hospital Women & Infants de Rhode Island (WIHRI), para evaluar la calidad de las distintas Unidades Ginecológicas Asistenciales (UGAs) que participan en el programa de cribado prenatal de aneuploidías de la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se evalúan las mediciones de la TN de fetos en embarazadas de 11 a 13 semanas de gestación realizadas durante el año 2010 en las diferentes UGAs de Murcia. La distribución de las medidas de TN se analizan específicamente para cada UGA mediante los métodos de calidad internacionalmente establecidos (FMF y WIHRI), consistentes en valorar: i) El porcentaje de casos inferiores y superiores al percentil 5 y 95 respectivamente. ii) La mediana de los múltiplos de la mediana (MoM), usando una distribución poblacional de las medidas de longitud cráneocaudal-translucencia nucal, descrita por Nicolaides, que por definición tendría que situarse alrededor de la unidad, aceptándose un margen de 0,9 a 1,1. iii) La desviación estándar del Log10 de las mediciones de TN (el valor ideal ha de estar dentro de un margen comprendido entre 0,08 a 0,13). En el modelo de CUSUM las desviaciones estándar de la medida de TN son expresadas en MoM y se adopta un nivel de rigor similar a los que ofrecen los métodos de distribución.

RESULTADOS:

Recuperamos las medidas de la TN de la base central de datos del programa regional de cribado prenatal de

aneuploidías, obteniéndose correlativamente en el tiempo siete mil seiscientas doce mediciones de TN correspondientes a fetos con una longitud cráneocaudal (LCR) entre 38 y 83 mm. Como criterio de inclusión se utilizan sólo datos de ecografistas que realizan más de 200 mediciones de TN en el periodo de estudio. Se han valorado 6832 TN correspondiente a 9 ecografistas de las UGAs correspondientes. En la evaluación de la distribución de TN específica por UGA, tres de ellas cumplieron con todos los criterios de calidad de la FMF y WIHRI; una mostró una sobreestimación TN y cinco tuvieron incidencias debido a una subestimación de TN. El modelo CUSUM mostró una buena correlación con la FMF y WIHRI en la evaluación del desempeño de los ecografistas específicos de cada UGAs.

DISCUSIÓN:

El modelo gráfico CUSUM de control de calidad de la medición de TN muestra una estrecha concordancia con los métodos de revisión retrospectiva de calidad específicos actualmente en uso, con la ventaja de que puede ser aplicado de forma prospectiva auditando a tiempo real continuamente las medidas de la TN de cada ecografista, lo que permitiría la corrección rápida de la técnica de medida cuando fuera necesario sobre la base de una vigilancia epidemiológica.

P157.– ESTRATEGIA DE RETROALIMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN.

RODRIGUEZ-CASTAÑO M.

HOSPITAL DA BARBANZA. RIBEIRA.

OBJETIVOS:

- Implantar un sistema de notificación para la Seguridad del paciente dirigido al personal asistencial que sea eficaz, conocido y que el personal lo utilice. - Gestionar las notificaciones, intentando dar respuesta a las mismas de forma coherente y eficaz. - Informar a todo el personal sobre el tipo de notificaciones recibidas, mejoras implantadas y/o actuaciones llevadas a cabo para evitar riesgos para la Seguridad de los Pacientes. - Informar al personal del Hospital sobre cuestiones de relevancia de tipo asistencial, que influyan en nuestro trabajo: proyectos a implantar en nuestro Hospital, ya sean derivados del Ministerio de Sanidad, o de Servicios Centrales del Servizo Galego de Saúde, como los que surjan dentro del propio centro de trabajo. - Informar sobre noticias de interés o anuncios dirigidos al personal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Planificación de la implantación de un sistema de notificación y puesta en marcha. - Elaboración de un boletín informativo mensual/bimestral con objeto de ser vehículo de información para todos los trabajadores del Hospital da Barbanza sobre cuestiones de relevancia de tipo asistencial, que influyan en nuestro trabajo. Se realiza con el aplicativo Microsoft Office Publisher 2007. - Envío por correo electrónico del boletín a todo el personal del Hospital.

RESULTADOS:

- Se reciben 24 notificaciones en el primer cuatrimestre del año (nº de profesionales sanitarios: 211). - El Grupo de Seguridad se reúne de forma mensual, además de ser informado por la gestora del sistema de las notificaciones a medida que se reciben. - El 100% del personal del Hospital recibe por correo electrónico el Boletín informativo. Se deja una copia impresa en cada servicio para facilitar la lectura. - Se transmite información al 100% del Hospital sobre los

proyectos a llevar a cabo y noticias de interés asistencial, formación y eventos.

DISCUSIÓN:

- Implantar un sistema de notificación mejora claramente la Seguridad de los Pacientes y supone una vía de expresión para el personal asistencial, promoviendo la mejora continua de la Calidad de atención. - Para que sea eficaz es preciso asociar un sistema de información acerca de qué se ha notificado y qué medidas se llevan a cabo para dar respuesta. - Si el personal percibe que su notificación es estudiada y ha promovido un cambio, confiará en el sistema y lo seguirá usando. - El Boletín es un medio de comunicación para informar al personal eficaz.

P158.– ¿MEJORA LOS RESULTADOS CON LA IMPLANTACION DE REFERENTES DE PROCESOS?.

MARTINEZ-JULIA L, MESADO-DIAZ J, VALLE-ALEJANDRO J, SANS-CORRALES M, PEREZ-IBAÑEZ L, CAIRO-LLAUDET T.

CENTRO SANITARIO CASTELLDEFELS. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Establecer referentes de procesos en tareas administrativas para mejorar la calidad asistencial y los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde la Dirección se quiere potenciar el rol administrativo, para mejorar los procesos. Para motivar a los profesionales (GIS- personal gestión y servicios) se aprovecha el complemento de productividad como instrumento para la mejora continua; con el objetivo que cada GIS oriente su actividad a los objetivos y, al mismo tiempo se desarrolle una cultura organizativa orientada a la mejora de los procesos y de los resultados. La dirección junto al responsable de GIS, definen las tareas que precisaban de referente. Cada referente de proyecto debe presentar actas de las reuniones realizadas (con dirección, con mismo estamento, con equipo), actividades realizadas, circuitos internos/externos establecidos, resultados y memoria fi

RESULTADOS:

Plantilla de 15 GIS, secretaria dirección, referente GIS y 13 referentes de proyecto. 5 Proyectos principales: facturación a terceros, Programa informático conjunto Atención primaria-atención especializada, proyecto conjunto ciudad: Castellbou, Tiras reactivas. Reuniones: dirección: 1 semestral; referente GIS: 1 mensual. Sesiones formativas referentes: 1 trimestral. Memorias: 15. Abstracts congreso: 5 Facturación a terceros: Importe económico 2010: 14.952€; Facturas realizadas: 343 (Particulares: 212; Accidentes trabajo: 34; Accidentes transito: 58; Mutuas privadas: 3; Accidentes deportivos: 7; Convenios internacionales: 23) Programa informático conjunto EAP-hospital (SAP): Implantación SAP: 29 marzo 2009 en hospital de referencia y 26 abril 2010 en AP. Derivaciones 2009: 1594; 2010: 12673 Incidencias: 2009:395, 2010:548; Tiempo medio respuesta: 24 horas. Castellbou:

Comisión: multidisciplinar (16 profesionales distintas categorías). Concurso logo: 13 propuestas; una ganadora. Primera Jornada Castellbou: 120 profesionales. 4 valores: confianza, resolución, ilusión, autenticidad. Aperitivo navidad y amigo invisible: 135 profesionales. Cartero real Reyes Magos: 25 niños entregan carta. Segunda Jornada Castellbou: 83 profesionales. 47 propuestas de mejora. Tiras Reactivas: Pacientes DM 2010: 1872; 2009:1816 Pacientes DM con autocontrol 2010: (45,09%); 2009: (47,85%) Pacientes con autocontrol TR 2010: (77,13%), 2009: (69,74%); incorrecta 2010: (22,87%), 2009: (30,26%) Total gasto acumulado 2009: 109.372 euros; 2010: 95.097 euros. Beneficio económico: 14.275 euros.

DISCUSIÓN:

La participación de los profesionales GIS en la elaboración de sus objetivos como referentes, hace que trabajen con mayor responsabilidad y satisfacción. Su mayor implicación repercute en la mejora de los procesos vinculados y en sus resultados. Los referentes están bien identificados por sus compañeros y asumen las incidencias más complejas vinculadas a su proyecto; teniendo en cuenta que todos son polivalentes.

P159.– PROYECTO INNOV@2. ÁREA DE SEGURIDAD MALTRATO A PERSONAS MAYORES.

GONZALEZ-RODRIGUEZ JI, MUSITU-PEREZ V, PASCUAL-NAVAJAS C, HERREROS-GONZALEZ M, SAEZ-LAZARO RI, PEREZ-ALCALDE E.

FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

Utilizando herramientas de calidad como la confección de un AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) queremos detectar los posibles modos de fallo y sus efectos en el área de seguridad del maltrato a las personas mayores, para una vez analizados y evaluados, implantar las medidas de mejora adecuadas a cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Bajo la metodología AMFE y utilizando conceptos tales como la hibridación, reunimos un grupo multidisciplinar de seis profesionales de Fundación Hospital Calahorra (consultas, hospitalización médica, hospitalización domiciliaria, logística y RRHH) a reflexionar sobre los modos de fallo y sus efectos en el área de seguridad de maltrato a las personas mayores. El AMFE o Análisis Modal de Fallos y Efectos es un método que busca el Aseguramiento de la Calidad, identificando y previniendo los modos de fallo, tanto de un producto como de un proceso; evaluando su gravedad (G), ocurrencia (O) y detección (D), calculando el Número de Prioridad de Riesgo.

RESULTADOS:

Los modos de fallo analizados se encuadran dentro de cinco grandes grupos: 1. Personal sin formación adecuada en relación a la persona mayor como paciente. Siendo una de las causas analizadas la falta de formación y de motivación; así como la sobrecarga asistencial. 2. Necesidades básicas de la persona mayor hospitalizada no cubiertas. Partimos de las 14 necesidades fundamentales definidas en el modelo de Virginia Henderson. Siguiendo la metodología y atendiendo a los mayores números de prioridad de riesgo, hacemos mayor hincapié en las siguientes necesidades básicas: a. Necesidad de reposo y sueño alterada. b. Necesidad de seguridad alterada. c. Necesidad de comunicación alterada. 3. Entorno inadecuado. 4. Polifarmacia. 5. Riesgos de las personas mayores en el domicilio.

DISCUSIÓN:

Y ahora que sabemos dónde estamos, ¿qué más podemos hacer? 1. Formulario de valoración del maltrato a las personas mayores. 2. Talleres KAIZEN semestrales con el responsable de mantenimiento para minimizar el aumento de incidencias de riesgo de seguridad (caídas, fugas, falta de atención personalizada, etc.). 3. Acciones encaminadas a valorar los medicamentos al ingreso en el hospital para minimizar los errores de toma de medicación y posibles caídas por inestabilidad. 4. Diseño y puesta en marcha de un formulario de trasmisión de comunicación a los servicios sociales de referencia, liderado por los miembros del grupo que pertenecen a hospitalización domiciliaria, con el punto de mira puesto en la minimización de riesgos de las personas mayores en el domicilio.

P160.– SISTEMAS DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS: BUSCANDO LA SATISFACCIÓN DE NUESTROS CLIENTES.

HITA-LOPEZ AM, ILLANA-RODRIGUEZ N, SALVADOR-GARCIA C., IBORRA-BENDICHO MA, MORENO-DOCON A., GARCIA-JIMENEZ C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

La aplicación del modelo EFQM a una unidad clínica nos va a permitir identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la unidad que se evalúa. Entre los muchos criterios que constituyen este modelo se encuentra el de "Resultados en los Clientes" que nos va a aportar información sobre los logros que la Unidad analizada está alcanzando con sus clientes externos (Los clientes externos son los destinatarios/beneficiarios de la actividad, productos o servicios). Buscar la satisfacción de los clientes del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Analizar las necesidades de los mismos. Llevar a cabo el diseño de un proceso estructurado y sistemático de toma de muestras para promover un cambio organizativo. Establecer vías de comunicación eficientes, tanto internas como externas, que faciliten la coordinación entre profesionales. Implantar planes de formación reglada sobre toma de muestras entre el personal del Area I de salud. Favorecer la mejora continua de la calidad de los procesos, productos y servicios desarrollados en este Servicio. Definir una herramienta para la autoevaluación del trabajo desarrollado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el primer trimestre del año 2011 se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, apoyado por la Dirección de Enfermería y el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que tras detectar la variabilidad de procedimientos que existían a la hora de llevar a cabo la recogida y transporte de muestras microbiológicas entre los profesionales del Área I de salud (Murcia Oeste), llevó a cabo un proceso de revisión de los diferentes sistemas de toma y transporte de muestras

microbiológicas así como de los códigos asignados por el Servicio Murciano de Salud a cada uno de los medios de transporte.

RESULTADOS:

Se desarrolló un Póster informativo sobre las diferentes técnicas de recogida de muestras microbiológicas, utilidades, tipos de sistemas de transporte y códigos asignados a los mismos con el fin de unificar criterios entre los profesionales que integran el Área I de salud. Sé planifico la formación de los profesionales de nuestra Área de Salud sobre los productos y servicios proporcionados por el Laboratorio de Microbiología del HUVA. Se llevaron a cabo publicaciones y se desarrolló documentación técnica destinada a proporcionar apoyo a los profesionales sanitarios.

DISCUSIÓN:

La búsqueda de la excelencia es una aspiración de los profesionales del Servicio de Microbiología del HUVA. Dada la variabilidad de muestras recibidas en este Servicio, espera no ser solo un centro receptor de muestras y expendedor de resultados, sino que pretende fomentar el conocimiento y conseguir la excelencia en los servicios prestados a nuestros clientes.

P161.– DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

ABELLÁN-GARCÍA C., DOMINGO-POZO M., MENA-ESQUIVIA L., MAYOR- JA, ET AL MIEMBROS-COMISION HISTORIAS CLINICAS.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. ALICANTE.

OBJETIVOS:

La historia clínica constituye una fuente de datos insustituible, es un instrumento legal y su contenido posee un alto valor, es un instrumento fundamental, establece la relación médico-enfermera-paciente, sirve como documento medico legal, es una fuente de referencia para investigaciones y su información refleja la calidad de la asistencia. La Comisión de Historias Clínicas realizaba auditorias anualmente de criterios concretos: consentimiento informado, informe de alta. Era necesario aplicar homogeneidad y unificación en los criterios de evaluación. OBJETIVO Elaborar un instrumento para garantizar la unificación de criterios en la evaluación global de Historias Clínicas en el H. G. U. de Alicante basado en el "Manual para la acreditación de organizaciones y prácticas sanitarias" modelo INACEPS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1ª Fase: Elaboración base de datos que recoja información basada en el "Manual para la acreditación de organizaciones y prácticas sanitarias" modelo INACEPS que consta de varias secciones: valoración de los criterios esenciales y la calidad del contenido con dos variables: identificación del paciente y condición del paciente. Los criterios de calidad se puntuará 1y 0 según la cumplimentación de los mismos. La suma total de los criterios en cada sección se reparte proporcionalmente en 5 valoraciones clasificadas como: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo. 2ª Fase: se procedió a comprobar la validez y confiabilidad del instrumento entre varios observadores y con la auditoria de 925 Historias Clínicas.

RESULTADOS:

El instrumento obtenido es una hoja EXCEL con 83 criterios agrupados en dos secciones: criterios esenciales y calidad

del contenido. La calidad del contenido contiene 2 tipos de variables: la identificación del paciente y de condición del paciente. La condición del paciente está dividida en las secciones de paciente atendido en urgencias sin ingreso, en situación de ingreso, quirúrgico, alta y atendidos en consultas externas. Cada sección es clasificada a traves de una escala likert de 5 puntos (excelente, muy bueno, bueno, regular y malo) por su grado de calidad de cumplimentación.Tras la aplicación del instrumento, para su validación, se realizó una 1ª auditoría de 195 Historias Clínicas, incorporándose diversas modificaciones que aumentaron el grado de comprensión de los items.

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en las auditorias son satisfactorios. Ha demostrado el estado de la Historia Clínica en el hospital obteniendo buenas valoraciones en un elevado porcentaje de los servicios y unidades. Este instrumento ha servido para valorar cada uno de los episodios de la misma, así como para los diferentes servicios y unidades. Localiza deficiencias en el estado de la Historia Clínica hospitalaria. Posibilita subsanar posibles desviaciones encontradas en determinados servicios y documentos. Facilita la labor de los auditores y da homogeneidad y unificación en los criterios de evaluación.

P162.– CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS EN DERIVACIÓN DE RMN A CENTROS CONCERTADOS Y GASTO ASOCIADO.

LANZETA-VICENTE I, VALVERDE-CITORES RM, MATE-ORMAZABAL I, AGUIRRE-ALBERDI L, GUAJARDO-REMACHA J, LANDALUCE-LAUZURICA JI.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA. ZUMARRAGA.

OBJETIVOS:

Calcular nº de RMN que se solicitan a centros concertados desde el Hospital. Valorar si las RMN solicitadas cumplen los criterios establecidos para ello. Describir patologías más frecuentes de los pacientes a los que se solicita RMN. Calcular el gasto que suponen estas pruebas. Alinear los resultados con la estrategia de sostenibilidad económica del Departamento de Sanidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudian todas las solicitudes de RMN realizadas durante el último año y medio. Del total de peticiones realizadas, cuantificar cuántas se derivan a los dos centros concertados. Se solicitan los datos a los sistemas de información disponibles incluyendo los campos: Servicio solicitante, Centro de Procedencia, Tipo de Prueba, Centro Solicitado, Estado (derivada, rechazada, recibida); en las rechazadas "motivo de rechazo". Comparación de resultados obtenidos con criterios establecidos, para ver su cumplimiento. Calculamos el gasto total por pruebas realizadas y por "Centro Solicitado". Criterios: Traumatología solicitaría al centro CA y el resto al centro OD.

RESULTADOS:

Se ha solicitado un total de 7335 RMN (4129 en OD y 3206 en CA) El total de RMN del Servicio de Traumatología es 4630 , 63% del total de peticiones del Hospital. De ellas, el 66.8% se derivan a CA con lo que el criterio no se cumple, si bien el 96% de las peticiones solicitadas a este centro son de Traumatología. De las socilitudes de trauma, más de la mitad son RM de columna lumbar y rodilla. No se puede describir la patología (impresión diagnóstica) porque este dato no queda reflejado en el sistema pero sí podemos conocer la localización anatómica de las peticiones. Las 8 localizaciones más frecuentes son: columna lumbar, rodilla,

cerebro, hombro, columna cervical, pelvis, oídos y pie. Para el cálculo del gasto se solicitó a Gestión Económica la facturación realizada en el año y medio del estudio. Primeras conclusiones: La facturación no coincide con la fecha de solicitud de las pruebas y el estudio se ha basado en la fecha de solicitud. De manera general, las pruebas simples son más baratas en OD. Pruebas con anestesia y con complejidad sólo se hacen en OD. El gasto total en el período analizado fue en aumento.

DISCUSIÓN:

Establecer un sistema útil para la gestión de estas pruebas (el 2% de las peticiones son rechazadas desde el centro solicitado) Para poder identificar un perfil de paciente el sistema tendría que permitir relacionar las localizaciones anatómicas con la patología. Proponemos al área económica valorar la posibilidad de incluir en la facturación la fecha de solicitud de la prueba así como la fecha en que se ha realizado, con el fin de comprobar si lo facturado se corresponde con lo realizado y de conocer la demora en la accesibilidad a estas pruebas. El estudio ha sido válido para solicitar al Departamento la instalación de una RMN en el hospital contribuyendo de esta manera a la accesiblidad de los pacientes del sistema a la agilidad diagnóstica así como a la sostenibilidad del sistema.

P163.– EDUCACION PARA LA SALUD MUJER Y CLIMATERIO: UNA EXPERIENCIA EN ATENCION PRIMARIA.

GARCÍA-MARTÍNEZ M, IRLES-PÉREZ A, ORDORICA-NAVACUES Y, MONTOYA-SÁNCHEZ MA, SAIZ-CARBONERAS C, MARTÍNEZ-LÓPEZ DE.

EAP LA ÑORA. LA ÑORA.

OBJETIVOS:

Es un hecho que en el momento cultural actual se están medicalizando etapas de la vida convirtiendo en patología lo que hasta hace pocos años sólo eran eso, "etapas de la vida humana". En concreto nos preocupa la medicalización excesiva que sufren las mujeres en la menopausia. Es cierto que es un momento de cambio influenciado por la fisiología y la evolución de la dinámica familiar. También constatamos que las mujeres en este momento caen en la híper frecuentación aquejadas de síntomas diversos que muchas veces desencadenan tratamientos "de por vida". Esto sumado a la presión de los medios de comunicación y a la creencia social de que la medicina arregla todo el disconfort conduce a estas personas consultar al servicio de salud y a no ver satisfechas sus expectativas. L@s profesionales del EAP de La Ñora nos planteamos diseñar una actividad de Educación para la salud (EPS) dirigida a mujeres en la etapa del climaterio (45-65 años) con el objetivo de: Crear un espacio de encuentro y análisis sobre este tema concreto. Aportar conocimientos básicos de salud general en cuanto a hábitos alimenticios, ejercicio, sexualidad y conocimiento de la fisiología de la mujer en el climaterio. Ofrecer iniciación a técnicas de relajación, dinámicas grupales con metodología grupal operativa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha planificado un taller de 7 sesiones. En el diseño del taller han participado profesionales del EAP: Trabajo Social, Enfermería y Medicina. Se invita a mujeres concretas a través de la consulta médica y de enfermería con un perfil previamente definido: mujeres híper frecuentadoras que consulta por síntomas inespecíficos, se detecta un malestar personal o familiar Se han planificado sesiones en el centro de acuerdo con el programa diseñado en dos ediciones 2010

y 2011, Se ha realizado un test pre-taller y otro post-taller y a las participantes del año 2010 se le ha vuelto a preguntar.

RESULTADOS:

Se ha medido la asistencia considerándola como adherencia a la actividad. En los dos grupos después de un momento inicial donde las mujeres han decidido si acudir o no de 12 invitadas deciden asistir 9 y 8 mujeres en 2010 y 2011. De estas acuden a todas las sesiones el 100% mujeres en ambos cursos...Se ha valorado como positiva la actividad. Hay una mejoría relativa al síntoma "ansiedad" declarado subjetivamente y en los test de conocimientos se detecta una mejora en conceptos relativos a la esfera sexual y a conocimientos sobre hábitos dietéticos y ejercicio. Hemos preguntado a las mujeres que realizaron el curso en 2010 sobre algunos aspectos relacionados con el contenido del curso: el 66.67% realizan alguna actividad fuera de casa, acuden a servicios comunitarios el 25%, comparten tareas del hogar el 55.56% y no toman fármacos nuevos el 77,78%.

DISCUSIÓN:

Es una actividad que las mujeres la valoran positivamente pero debemos profundizar en su valor terapeútico desde la perspectiva adquisición de hábitos saludables.

P164.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES DEL ÁREA 1 MURCIA-OESTE.

HELLIN-GIL MF, PEREZ-GARCIA C, AIYON-BERNAL MA, CANOVAS-CUENCA MC, ARMERO-BARRANCO M, GARCIA-AROCA M.

ÁREA 1 MURCIA-OESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Es objetivo del Contrato de Gestión 2010 del Área 1 Murcia-Oeste facilitar la atención a la mujer durante la gestación. En concreto, aparecen indicadores relacionados con la creación de agendas de demanda para las matronas, el fomento de la lactancia materna mediante la formación de los profesionales y el desarrollo de actividades comunitarias. Estos objetivos se unen a los surgidos de las necesidades planteadas en la reunión de acogida a las matronas al Área 1 en Marzo 2010: •Crear agenda de demanda para la matrona en cada centro de salud.(C1) •Consensuar criterios relacionados con la 1ª consulta de las gestantes.(C2) •Realizar seguimiento de todas las gestantes incluidos los embarazos complejos.(C3) •Registrar y comunicar las actividades comunitarias relacionadas con la educación maternal y la lactancia.(C4)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras analizar las causas se realiza un ciclo de mejora, estableciéndose 4 criterios relacionados con los anteriores objetivos (C1, C2, C3 y C4). La dimensión estudiada para C1 es la accesibilidad y para el resto la calidad científico-técnica. El marco muestral son las mujeres gestantes que acuden a los centros de salud (4-5 casos/centro), obteniendo datos mediante muestreo aleatorio simple retrospectivo a través de registros existentes del 29 de Marzo al 2 de Abril para la 1ª evaluación y la última semana de Diciembre para la 2ª, siendo proveedores las matronas y evaluándose el periodo comprendido desde que la mujer gestante solicita la 1ª consulta hasta el final de la gestación. Las medidas correctoras aplicadas entre las evaluaciones fueron: realizar reuniones informativas, unificar criterios y protocolos, apertura de agenda de demanda para la matrona en cada centro de salud, potenciar la formación, creación y

difusión del documento de registro de las Actividades Comunitarias, y establecer vías de comunicación con la Unidad de Formación Continuada para el envío y recepción de dichos registros.

RESULTADOS:

Tras revisar los registros de los 14 centros de salud en la 1ª y 2ª evaluación obtenemos: •Del 25% de gestantes que accedían mediante agenda de demanda se ha pasado a un 100%. •Se ha aumentado de 63,3% de gestantes a las que se les aplicaba el mismo protocolo en la 1ª visita a la matrona al 70%. •Del 78,3% de embarazos complejos seguidos simultáneamente con el ginecólogo se pasa a un 100%. •Se registra el 100% de las actividades comunitarias relacionadas con Educación Maternal y Lactancia siendo comunicadas y analizadas anualmente por la Unidad de Formación.

DISCUSIÓN:

Estos resultados apoyados por tablas y gráficos revelan una mejora en la calidad del seguimiento y control del embarazo de las gestantes por la matrona del centro de salud, potenciando la formación de los profesionales y el desarrollo de actividades comunitarias relacionadas con la Educación Maternal y Lactancia para las gestantes.

P165.– PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UNA MEDIDA CORRECTORA: METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS SUAP DEL ÁREA 1 MURCIA-OESTE.

CASTELLANOS-DIAZ MJ, SILVA-BARRIL E, LOPEZ-CEREZO F, GOMEZ-GARCIA P, CRESPO-ORTUÑO F, GARCIA-CARRASCO J.

ÁREA 1 MURCIA-OESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

En reuniones periódicas con los 5 SUAP del Área 1 Murcia-Oeste cuyas fechas se detallan a continuación: 25/02/2010, 25/03/2010, 29/04/2010, 27/05/2010 y 23/06/2010, se detecta la necesidad de aplicación del Proceso Enfermero, ya que hasta el momento no existía un registro que lo contemplara, afectando esta situación a la comunicación entre los profesionales de enfermería y a la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales de esta área. Con los objetivos de mejorar el registro enfermero, la comunicación y continuidad de cuidados de los pacientes que son atendidos en los SUAP se realiza un ciclo de mejora que actualmente se encuentra en la fase de aplicación de medidas correctoras, donde una de ellas es el diseño e implantación de una hoja de enfermería que incluya las fases del Proceso Enfermero aplicado a las características inherentes en los SUAP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras analizar registros similares en otros servicios de salud y adaptar la metodología del Proceso Enfermero a las características de los SUAP, se diseña una hoja dividida en dos partes, una médica y otra enfermera, en formato libro autocopiativo, además de un cronograma a seguir previo a su implantación. Este se inicia con la aprobación del diseño por la Comisión de Cuidados del Área 1, continua con su presentación en los Servicios Centrales donde se elige al Área 1 para pilotar a nivel regional la implantación de dicha hoja. Seguidamente, se convoca una reunión con los responsables de enfermería de los SUAP para presentarle el proyecto, obtener su colaboración y conocer sus opiniones y sugerencias para establecer el diseño definitivo de la hoja. En Noviembre 2010 se imparten talleres acreditados en cada uno de los 5 SUAP donde se presenta la hoja a los

profesionales de enfermería y se les forma sobre la metodología necesaria para su correcta cumplimentación, ofertándoles 2 libros (de diagnósticos y de interrelaciones NANDA-NOC-NIC) y vías de comunicación con la Unidad de Formación para resolver dudas. En Diciembre 2010 se implanta la nueva hoja de enfermería desapareciendo el formato anterior de registro.

RESULTADOS:

A pesar de las dificultades iniciales debidas al cambio de registro y la aplicación de una metodología nueva para los SUAP, a los 3 meses de la implantación 4 de los 5 centros utiliza la nueva hoja de enfermería como único registro y un centro se encuentra en fase de implantación.

DISCUSIÓN:

Con la creación de un registro propio de enfermería que contemple el Proceso Enfermero adaptado a las circunstancias especiales que se presentan en los SUAP, se obtiene un vehículo de comunicación entre los profesionales de distintos niveles asistenciales para iniciar continuidad de cuidados, el paciente tiene constancia escrita del episodio que le ha sucedido y el profesional de enfermería ve reflejada su actividad revalorizándose su profesionalidad.

P166.– VALORACIÓN DEL NIVEL DE CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE UPP EN PACIENTES ENCAMADOS, EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.

MORENO-RODRIGUEZ M, MARTINEZ-MARIN C, SANCHEZ-ROBLES ME, RODRIGUEZ-FERNANDEZ E, MARTINEZ-GARCIA MG, LOPEZ-GARCIA JA.

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE. CARAVACA DE LA CRUZ.

OBJETIVOS:

Se estima que el 95 % de las ulceras por presión son evitables, teniendo estas un coste aproximado, a la baja de 500 millones de euros para el sistema nacional de salud, por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifiquen factores de riesgo que ayuden a predecir la afectación de tejidos. Los pacientes atendidos en urgencias que pasan a camas de observación deben permanecer en cama algún tiempo, lo que conlleva cierto grado de inmovilidad, esto junto a las características de los pacientes, sobre todo ancianos con enfermedades crónicas reagudizadas, hace que los consideremos una población de alto riesgo de ulceras por presión, por lo que es importante evaluar el riesgo con una escala valida y aplicar lo cuidados de prevención en función del riesgo evaluado. Nuestro objetivo es conocer el nivel de calidad en cuanto a la evaluación del riesgo de UPP en pacientes de observación de urgencias, y la adecuación de cuidados para prevenir UPP en función del riesgo identificado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los criterios utilizados son la evaluación del riesgo de UPP mediante escala EMINA (criterio 1), y la adecuación de cuidados (instauración de superficies de alivio de presión y cambios posturales) en función del riesgo evaluado (Criterios 2 al 5). La unidad de estudio son los pacientes que acuden al servicio de urgencias y pasan al box de observación. Se utiliza como marco muestral los tres primeros meses de 2011. La selección de casos se realiza mediante muestreo aleatorio simple, seleccionando una muestra de 151 pacientes para el 1er criterio, extraídos de la base de datos de Selene, mediante un listado de crystal report. La fuente de datos es la historia clínica electrónica en

SELENE. Los datos se recogen en una plantilla, y son analizados con una hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS:

En 67 pacientes se evalúa el riesgo de UPP con la escala EMINA, lo que supone un 44% (±7,9) de cumplimiento. 10 pacientes son evaluados con riesgo medio, y 6 pacientes son evaluados con riesgo alto. En ningún paciente evaluado con riesgo de UPP consta la instauración de superficies de alivio de presión ni la realización de cambios posturales, por tanto los criterios 2 al 5 tienen un 0% de cumplimiento.

DISCUSIÓN:

A la luz de estos datos esta claro que existe una oportunidad de mejora en cuanto a la realización de la valoración del riesgo de padecer UPP a los pacientes que pasan a camas de observación de urgencias. En cuanto a los cuidados adecuados en función del riesgo evaluado, es necesario averiguar si no se prestan estos cuidados a los pacientes evaluados de riesgo, o si su realización no queda registrada. También puede ser útil conocer la incidencia de UPP en los pacientes que ha estado en las camas de observación de urgencias.

P167.– EXPERIENCIA: FORMACIÓN SENSIBILIZACIÓN EN SEGURIDAD A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. IMPORTANCIA DEL CONTENIDO.

ABELLÁN-GARCIA C, DOMINGO-POZO M, FERNANDEZ-MOLINA MA, IZQUIERDO-GARCIA N, RODRIGUEZ-AGUILAR GA, ALBALADEJO-TELLO M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. ALICANTE.

OBJETIVOS:

El conocimiento de la importancia de Eventos Adversos de los profesionales sanitarios no siempre va acompañado de una cultura de gestión de la seguridad del paciente. El H.G.U. de Alicante apuesta por la seguridad del paciente mediante la puesta en marcha del Plan de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente asociados a los cuidados enfermeros. Un área de intervención es la formación y concienciación. OBJETIVOS: 1. Implantar una cultura de seguridad en los profesionales de enfermería mediante la formación y sensibilización facilitando actividades dirigidas hacia el cambio en cultura de Seguridad del paciente y gestión del riesgo. 2. Fomentar el aprendizaje con sesiones clínicas de enfermería para mejorar los resultados de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desarrollo de un Plan formativo sobre seguridad del paciente orientado en dos bloques: A. Generales y preventivos B. Específicos de sensibilización y gestión del riesgo. A. a) Seguridad del paciente dirigidos a Mandos de Enfermería, Enfermeras, Auxiliares, Matronas y Celadores. Unidades de Hospitalización y Quirófanos. b) Plataforma de formación online sobre seguridad del paciente y enfermería. c) Sesiones clínicas generales de impartidas por enfermería para Enfermeras y Auxiliares. d) Seguridad del paciente para profesionales de nueva incorporación. e) Prevención de problemas y situaciones indeseadas consecuentes a la administración de medicamentos. B. a) Talleres de gestión del riesgo y ACR dirigido a la comisión de Seguridad del Paciente. b) Resolución del caso, aprender de los errores dirigidos a Enfermeras y Auxiliares de unidades hospitalización. Cuestionario inicial para evaluar conocimientos previos y otro de satisfacción final.

RESULTADOS:

Realizados: 1º) 45 Talleres Seguridad del Paciente (90 h.) en jornada laboral. Asistieron 1292 profesionales de 42 Unidades Hospitalización y Quirófanos. 2º) Contenidos Curso Seguridad Paciente Online 10 temas y test, 5 casos prácticos, bibliografía, glosario, videos. 3º) En 2011 se están impartiendo las 61 sesiones clínicas de enfermería con 16 temáticas. 4º) 2 talleres para profesionales de nueva incorporación. 5º) 3 talleres de 2 h. asisten 45 supervisores. 5º) 4 talleres de 2 h. sobre gestión del riesgo y ACR en jornada laboral. Asistieron 6 directivos, 16 facultativos, 12 enfermeros. 6º) 4 talleres aprender de los errores de 3 h. asisten 44 enfermeras y 37 auxiliares.

DISCUSIÓN:

Al acabar los talleres: más del 90% opina que es de interés para su actividad profesional, lo recomendaría, el contenido teórico y práctico es adecuado, está satisfecho de realizarlo y lo valora como muy adecuado. En el cuestionario de conocimiento el 57% no define correctamente el concepto de seguridad del paciente, el 28% desconocen los riesgos internacionales de cuidados relacionados con la seguridad del paciente. El 100% contestan que durante su vida laboral han percibido diferentes eventos adversos. Los contenidos se corresponden con la finalidad de los talleres según sean preventivos o de sensibilización.

P168.– EVALUACIÓN Y MEJORA DEL TIEMPO DE ESTANCIA DEL PACIENTE EN SALA DE ESPERA PREVIO A ECOGRAFÍA.

GOMEZ-TORRENTE I, OLMO-MARIN MC, LOPEZ-TORRES JM, NAVARRO-GONZALEZ MS, TORRENTE-RODRIGUEZ D, FERNANDEZ-MARTINEZ MJ.

HCN. CARAVACA DE LA CRUZ.

OBJETIVOS:

Los avances tecnológicos aportan nuevas técnicas diagnosticas o mejoran las existentes. En el contexto de integración como área única se ha dado acceso a los facultativos de Atención Primaria a diversos estudios diagnósticos que anteriormente solo estaban accesibles a médicos especialistas, entre estos estudios están las ecografías. La ecografía es un estudio de imagen que debe ser realizado por un radiólogo, con el fin de optimizar el tiempo de dicho profesional se citan varios pacientes en un mismo tramo horario, lo que acaba suponiendo una masificación de la sala de espera, y un aumento del tiempo de permanencia de los pacientes en sala de espera antes de la realización de la prueba. Estas circunstancias generan tensión e insatisfacción en los pacientes y sensación de descontrol entre los profesionales. Por lo que pretendemos conocer en tiempo de estancia de los pacientes, así como el ajuste de los pacientes a su cita programada, en cuanto a hora de cita. Además queremos saber cuantos pacientes no acuden a su cita.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y trasversal utilizando como unidad de estudio los pacientes citados para la realización ecografía en el servicio de radiodiagnóstico del HCN. Como marco muestral seleccionamos el periodo entre el 17 y el 24 de Marzo de 2011, capturando 60 casos como muestra. En este listado se estudió, tiempo de estancia de cada paciente en sala de espera previo a ecografía, estratificación en intervalos de tiempo de las ecografías citadas y el cumplimiento de hora de cita por el paciente, así como el número de incomparecientes.

RESULTADOS:

Como principales resultados obtenidos se obtuvo que el 28,3% (±11) de los pacientes permanecia en sala de espera mas de 40 minutos y que solo el 33,3% (±11) respetaba el horario programado de cita, el 81,7% (±9) estaban citados en agenda sin sobrecarga, y el 96% (±4) de los pacientes acude a la cita programada.

DISCUSIÓN:

Encontramos el tiempo en sala de espera previo a la realización de una ecografía esta por encima de un margen aceptable, y que un alto porcentaje de pacientes no acude en el horario programado, por tanto si queremos mejorar la calidad de la atención en la citación de ecografías debemos elaborar una estrategia que nos sirva para organizar las citaciones de ecografía e informar a los pacientes sobre la importancia de acudir en el horario programado, disminuyendo así el tiempo de estancia en sala de espera para los pacientes y aumentando su satisfacción con la atención y mejorando la motivación de los trabajadores.

P169.– ANALISIS DEL REGISTRO DE EXTRAVASACIONES DE CITOSTÁTICOS EN EL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO.

PINA-MINGORANCE C, LEON-VILLAR J, COS-ZAPATA A, HERNANDEZ-MAYOL MJ, BAYONA-JIMENEZ J, CROS-FRUTOS D.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Analizar el registro de extravasaciones del Hospital de Día Médico en un periodo de cinco años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Las extravasaciones de citostáticos son recogidas en un documento denominado "HOJA DE SEGUIMIENTO: EXTRAVASACION DE CITOSTÁTICOS", en el que se refleja: - etiqueta identificativa del paciente - fecha y hora - fármaco citostático extravasado - características de la vena y cánula utilizada - localización y apariencia de la extravasación - concentración del fármaco - cantidad aproximada de fármaco extravasado - fármacos administrados con anterioridad por la misma cánula - tratamiento de la extravasación: antídoto o medidas generales - evolución y resultado final - nombre de la enfermera que registra la extravasación Cuando ocurre una extravasación de un citostático, la enfermera responsable del paciente refleja la actuación que ha tenido lugar en este documento. El original queda archivado en una carpeta destinada a tal fin y, tras el seguimiento del paciente, se envía una copia al servicio de farmacia. Hemos analizado los registros desde enero de 2006 hasta diciembre de 2010, ambos inclusive.

RESULTADOS:

Las extravasaciones recogidas fueron las siguientes: - Año 2006, se registraron 11 casos. Fueron tratados 1.189 pacientes y se administraron 12.115 mezclas, con un porcentaje de extravasación por mezcla del 0.09%. - Año 2007, se registraron 7 casos. Fueron tratados 1.286 pacientes y se administraron 14.186 mezclas, con un porcentaje de extravasación por mezcla del 0.05%. - Año 2008, se registraron 12 casos. Fueron tratados 1.374 pacientes y se administraron 15.176 mezclas, con un porcentaje de extravasación por mezcla del 0.08%. - Año

2009, se registraron 11 casos. Fueron tratados 1.420 pacientes y se administraron 15.398 mezclas, con un porcentaje de extravasación por mezcla del 0.07%. - Año 2010, se registraron 7 casos. Fueron tratados 1.371 pacientes y se administraron 14.909 mezclas, con un porcentaje de extravasación por mezcla del 0.05%. El total de casos registrados en el periodo a estudio fue de 48. La media de extravasación por mezcla fue del 0.07%. Se pudo aplicar antídoto en un 70.83% de los casos y medidas generales en el 29.17% restante. El seguimiento de la extravasación fue del 72.92%. Por fármacos extravasados, los casos registrados fueron: 18 de oxaliplatino, 7 de etopósido, 4 de vinorelbina, 3 de 5-fluoracilo, 3 ciclofosfamida, 3 de paclitaxel, 2 de adriamicina, 2 de carboplatino, 2 de irinotecan, 1 de gemcitabina, 1 de carboplatino, 1 de cisplatino y 1 de topotecan.

DISCUSIÓN:

En la literatura científica, el porcentaje de extravasaciones de citostáticos registrado se sitúa entre el 0.1% y el 6%. El resultado obtenido en nuestro hospital se sitúa en el 0.07%. Es importante señalar que a pesar del aumento progresivo de pacientes y de mezclas administradas, el número de casos por año se mantiene en un porcentaje aproximado, con una variación de ± 0.02%.

P170.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN EN PERFUSIÓN CONTINÚA DE MEDICACIÓN FOTOSENSIBLE.

FERNÁNDEZ-ABELLAN H, INIESTA-MARTÍNEZ D, CARAVACA-ALCARAZ B, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

Mejorar la utilización de material opaco en la administración en perfusión continua de medicación fotosensible, metamizol magnésico y . Dexketoprofeno trometamol.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizan una primera evaluación en la que se detecta una oportunidad de mejora y una reevaluación. En ambas mediciones se sigue la misma metodología. Evaluación interna, retrospectiva y cruzada de 4 indicadores que evalúan la utilización de material fotosensible y son: C1: Utilización de sistema opaco para la medicación fotosensible. C2: Utilización de bolsa opaca para protección de la medicación. C3: Rotulado de forma legible de las perfusiones continuas que contengan medicación fotosensible. C4: Rotulado de forma legible de la fecha y hora de preparación de la perfusión continua. La extracción de casos se realiza durante 2 semanas, excepto sábados y domingos, utilizando como fuentes de datos la revisión de los tratamientos médicos y seleccionar como caso el que lleve una perfusión continua con medicación fotosensible y la obtención de datos para valorar el cumplimiento de los criterios: Observación directa al paciente que lleve la perfusión continua con medicación fotosensible. Se obtienen todos los casos. Medidas correctoras: • Difundir en los distintos servicios de hospitalización el ciclo de mejora con los resultados y lo que esperamos durante la semana del 21 al 25 de febrero en todos los turnos para localizar a todo el personal de enfermería • Presentar el material : sistemas opacos y bolsas protectoras que dispone el centro hospitalario , Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. • Explicar la importancia de los criterios 3 y 4.

RESULTADOS:

Cumplimientos 1ª Evaluación: C1: 0%; C2: 0%; C3: 97.1 ± 2,6% ; C4: 0% Incumplimientos 1ª Evaluación: 106 incumplimientos totales, C1: 35 (33 %), C2: 35 (33 %) , C4: 35 (33%) y C3: 1(1 %). Cumplimientos 2ª Evaluación: C3: 89,19 ± 10 %, C2: 72,79 ± 9,68 % , C1: 70,27 ± 14,73 %; C4: 5,41±7,29 Incumplimientos 2ª Evaluación: 60 incumplimientos totales, C4: 35 (58,33%), C1: 11 (18,33%) , C2: 10 (16,67%) y C3: 4 (6,67%).

DISCUSIÓN:

Para los criterios 1 , 2 y 4 la mejora es estadísticamente significativa (C1: P<0,001 , C2: P<0,043 y C4: p<0,001), mientras que para C3 esta no es significativa.

Aunque se ha producido una mejora en los criterios seleccionados, aún hay margen de mejora por lo que se concluye la necesidad de seguir trabajado y mejorando los resultados.

P171.– EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO CONTRATOS ADMINISTRATIVOS UTILIZANDO SERVQUAL.

MUÑOZ-MACHIN I, PEÑALVA-SEGURA P, ANTOÑANZAS-MORENO P, BENITO-GARCIA P, BERMEJO-GUERRA M, JIMENEZ-LACARRA V.

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

Establecer un sistema normalizado para garantizar el feedback del responsable del contrato en los expedientes de contratación gestionados desde la Unidad de Logística – Contrataciones. Este objetivo fue identificado a partir del AMFE realizado a primeros del 2011 en el subproceso de Contrataciones de bienes y servicios en el que se detectó como un posible modo de fallo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la evaluación y seguimiento de la calidad del servicio se ha utilizado un sistema inspirado en las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL desarrollado por Parusaraman, Zeithaml, y Berry (1985,1988). Según los criterios establecidos en Fundación Hospital Calahorra una x en la valoración total se considera aceptable, mientras que dos o más exigen la implantación de medidas correctivas o preventivas según proceda. Las cinco dimensiones valoradas por el responsable del contrato son: 1.- Elementos Tangibles (T)- Apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales para comunicaciones. 2.- Fiabilidad (RY)- Habilidad de prestar el servicio prometido de forma precisa y digna de confianza, hacerlo sin errores. 3.- Capacidad de Respuesta (R)- Buena disposición para ayudar a los clientes a proporcionarles un servicio rápido y ágil. 4.- Seguridad (A)- Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados, así como su capacidad para transmitir seguridad y confianza al cliente. 5.- Empatía (E)- Cuidado y atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes.

RESULTADOS:

Desde su puesta en marcha en enero de 2011 se han valorado bajo este modelo el 100% de los expedientes de contratación (susceptibles de ser revisados) gestionados desde la Unidad de Logística- Contrataciones, siendo además este porcentaje el indicador clave del subproceso

para el año 2011, con un nivel mínimo de aceptación del 80%.

DISCUSIÓN:

Desde la Unidad de Logística- Contrataciones se gestiona el seguimiento y vigencia de más de 100 contrataciones administrativas que hacen necesaria una normalización de su seguimiento y evaluación contra estándares reconocidos. El modelo Servqual puede ser una primera aproximación aunque es necesario simplificarlo para que pueda ser un método ágil de valoración por parte del responsable del contrato.

P172.– PROYECTO I+D+I SISTEMA ROBOTIZADO – LEAN EN ÁREA QUIRÚRGICA.

MUÑOZ-MACHIN I, PEÑALVA-SEGURA P, JIMENEZ-LACARRA V, BARADO A, BERMEJO-GUERRA M, ANTOÑANZAS-MORENO P.

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

El objetivo de este proyecto es la optimización de los costes y la mejora de la eficiencia de los procesos asistenciales del hospital aplicado lean desde los procesos logísticos en coherencia con lo establecido en el Plan Estratégico de Fundación Hospital Calahorra 2008-2011 dentro de la Línea Estratégica de Equilibrio económico; Eficiencia económica en la que se indica como objetivo estratégico reducir los niveles de stock de material consumibles.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para ello se solicitó a la Agencia de Desarrollo Económico de La Rioja (ADER) un proyecto de I+D+i titulado "Sistema Logístico para Sanidad basado en la hibridación de Best Manufacturing Practices –Lean Management-" para la implantación de un Sistema Robotizado que permita eliminar los mudas asociados al exceso de stock redundantes en quirófano y almacén general y la implantación del sistema Kitting para la preparación del material en quirófano sustituyendo al actual sistema kanban. Bajo el nombre de kitting se aborda un sistema de reaprovisionamiento en el que el personal de Logística prepara los kits para las intervenciones quirúrgicas, descargando de esas tareas al personal sanitario.

RESULTADOS:

La puesta de marcha de este proyecto va a permitir ahorros económicos de más de 200.000€ para el hospital, en línea con las pautas marcadas por la Dirección del Hospital en el Plan Estratégico de FHC. Otras mejoras importantes del proyecto son las asociadas a la reducción del espacio destinado a almacenaje, la mejora de la información real de los consumos y muy en especial que el personal asistencial no dedicará tiempo a la realización de este tipo de tareas logísticas que no le aportan valor añadido (MUDA) respecto

a lo que es su razón de ser: prestar los mejores cuidados sanitarios a los pacientes.

DISCUSIÓN:

La utilización de Lean permite analizar los procesos para detectar aquella acciones que no aportan valor añadido para el cliente. La mejora continua de los procesos (uno de los cinco principios identificados por los padres de Lean; Womack y Jones) nos posibilita ir más allá en la búsqueda de la eficiencia y eficacia. En este proyecto en particular, cuando la optimización del sistema kanban no permitía mejorar más el proceso de reaprovisionamiento de los almacenes de quirófano, una nueva perspectiva desde el cliente interno y de aquellas acciones que no le aportan valor permitió ir un paso más allá implantando el sistema kitting como sustitución al actual sistema kanban.

P173.– TRAZABILIDAD DE LAS COMPRAS. INTEGRANDO AL CLIENTE INTERNO.

MUÑOZ-MACHIN I, PEÑALVA-SEGURA P, BERMEJO-GUERRA M, JIMENEZ-LACARRA V, ANTOÑANZAS-MORENO P.

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

El AMFE realizado en el subproceso de Compras a principios del año 2011 identificó una serie de posibles modos de fallo vinculados, entre otros, a los siguientes aspectos: Falta de información por parte del peticionario sobre el estado de la petición, falta de información sobre la entrega del material, pérdida de información, registro de presupuestos e información adicional, trazabilidad información ambiental y de prevención de riesgos. El objetivo de este proyecto es garantizar la total trazabilidad del proceso de Compras, integrando al cliente interno en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para ello se abordaron tres líneas de actuación, identificadas como acciones de mejora en el Sistema Integrado de Gestión de Fundación Hospital Calahorra: L.AM.11.09 Desarrollar en Navision un módulo de Solicitudes a la Comisión de Compras. L.AM.11.12 Anexar en Navision la documentación relacionada con las Compras (presupuestos, informes, información adicional…) L.AM.11.13 Anexar en Navision la documentación ambiental y de prevención de riesgos relacionada con las Compras. (Fichas técnicas, Fichas de Datos de Seguridad, certificados de exento de látex..) La evaluación y revisión de estas acciones de mejora se realiza mensualmente en dos foros. Primero, una revisión técnica en la reunión mensual (de Calidad) de la Unidad de Logística en la que participan todos los miembros de la Unidad y posteriormente en una reunión de la coordinadora de la unidad con el Director Económico Financiero y de Servicios Generales con un enfoque más de alineamiento de los proyectos con el Plan Estratégico del hospital.

RESULTADOS:

La puesta de marcha de las medidas anteriores ha permitido facilitar y simplificar el flujo de información desde que el cliente interno solicita el material hasta que se le informa de

que ha sido entregado, pasando por todas las validaciones administrativas para dar curso al mismo y posibilitando que la información esté al alcance de las partes interesadas de una forma fácil y ágil.

DISCUSIÓN:

Existe un alto riesgo en la gestión de compras asociado a aquellas partes del subproceso que no están integradas informaticamente, ya que suponen puntos de ruptura que pueden originar fallos. Este proyecto ha permitido integrar toda la información relativa al subproceso de compras en la aplicación informática Navision garantizando información en tiempo real para el personal asistencial, la Dirección del hospital, y el resto de las partes interesadas (almacén, prevención de riesgos, contabilidad, etc…)

P174.– FUENTES DE ESTRÉS Y SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO.

RIOS-RISQUEZ MI, SABUCO-TEBAR *E, MATEO-PEREA G, MARTINEZ-CANO F, LOZANO-ALGUACIL E, SABUCO-TEBAR V.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

1. Determinar la frecuencia de estresores laborales a los que se ven sometidos los profesionales de enfermería de Urgencias; 2. Estimar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo en la muestra analizada; 3. Analizar la relación entre estresores y el sindrome de quemarse por el trabajo (SQT), así como determinar si existe asociación entre estas variables con el perfil sociodemográfico y laboral de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS:

la población objeto de estudio fue el personal de enfermería en activo del área de Urgencias de un hospital de la región de Murcia con una permanencia mínima de dos meses en dicho servicio. Muestra de conveniencia (N= 63). Instrumentos de evaluación: se emplearon una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, así como dos cuestionarios validados: escala de estresores laborales para personal de enfermería validada por Escribá et al. (1999) y el inventario para evaluar el síndrome de Burnout (MBI-GS, de Schaufeli et al., 1996). Análisis estadístico mediante SPSS-15.

RESULTADOS:

se observó una frecuencia total media de estresores de 36,73±14,41. Las fuentes de estrés más frecuentemente percibidas fueron: "ver a un paciente sufrir" (1,90±0,87) y "no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente" (1,68±0,86). Un 22,2% (n= 14) de los profesionales registró niveles altos de cansancio emocional, un 28,6% (n=18) experimentó niveles altos de despersonalización y un 12,7% (n=8) mostró un nivel bajo de eficacia profesional. Un 3.17% (n=2) cumplió criterios clínicos de estar quemado por el trabajo. La percepción de

estresores reflejó diferencias significativas por género (45,63 vs 35,26), y categoría profesional (39,70 vs 31,57), mientras que el SQT no se mostró asociado a ninguna variable sociodemográfica o laboral. La frecuencia percibida de estresores no se asoció a las dimensiones que constituyen el SQT.

DISCUSIÓN:

este estudio refleja una frecuencia moderada de estresores laborales y una baja prevalencia del SQT en el servicio de Urgencias del centro analizado. La frecuencia de fuentes de estrés laboral fue mayor en el género masculino y en la categoría profesional de enfermería. El sufrimiento del paciente y la falta de tiempo para apoyarlo emocionalmente constituyen los estresores más destacados que afectan a los profesionales analizados. Trabajo financiado por la Fundación para la Formación e Investigación sanitarias de la Región de Murcia y Caja Murcia. Proyecto CM08/12-IIA.

P175.– ¿ESTÁ SATISFECHO EL USUARIO DE URGENCIAS CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA?: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

SABUCO-TEBAR E, RIOS-RISQUEZ MI, LOZANO-ALGUACIL E, MATEO-PEREA G, MARTINEZ-CANO F, SABUCO-TEBAR V.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

estimar la satisfacción del usuario del servicio de Urgencias con los cuidados de enfermería prestados en esta unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

la muestra estuvo formada por 148 pacientes del servicio de Urgencias de un Hospital General Universitario la Región de Murcia. Estos pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria mediante el programa informático EPIDAT de entre los usuarios que ingresaron en dichos centros asistenciales procediendo del servicio de Urgencias. Instrumentos de evaluación: se empleó la escala de satisfacción del usuario LOPSS-12, traducción y validación española de la versión original (La Monica et al., 1986) realizada por Cabrero et al. (1990). Se obtuvieron puntuaciones medias para cada uno de los ítems del instrumento y una puntuación media global siguiendo una escala Likert de 7 puntos (de mayor a menor satisfacción).

RESULTADOS:

se registró una satisfacción global media de 2,36±0,82. Los aspectos de la atención de enfermería más valorados por los usuarios encuestados fueron la rapidez en acudir a sus llamadas (1,93±1,64) y la paciencia mostrada por los profesionales (1,99±1,35). En cambio, las facetas del cuidado menos valoradas fueron la posibilidad de poder compartir los sentimientos y emociones con los profesionales (3,65±1,39) y la participación del paciente en sus planes de cuidado (3,28±1,22). El tiempo de estancia en la sala de observación de Urgencias no mostró una asociación significativa con la satisfacción global registrada. Ninguna de las variables sociodemográficas y de autopercepción de salud contempladas en el estudio registró asociación significativa con los niveles de satisfacción observados.

DISCUSIÓN:

este estudio refleja una satisfacción media-alta del usuario con la atención de enfermería en el Servicio de Urgencias. No obstante, existen aspectos de la atención de enfermería, como la comunicación y apoyo emocional al paciente, que requieren de estrategias de mejora con el fin de incrementar la calidad del servicio prestado en esta unidad asistencial. En este estudio, el tiempo de estancia en observación previo al ingreso del usuario en la planta de hospitalización no se mostró asociado con la satisfacción global observada. Trabajo financiado por la Fundación para la Formación e Investigación sanitarias de la Región de Murcia y Caja Murcia. Proyecto CM08/12-IIA.

P176.– CURSO ON-LINE SOBRE EL PROGRAMA OMI-AP PARA MÉDICOS. IMPACTO SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE ESTE PROGRAMA.

BAÑO-EGEA JJ, MORATO-MONTAÑO F, LEAL-HERNANDEZ M, SANCHEZ-LOPEZ MI, SAURA-LLAMAS R, SERNA-MARMOL JP.

C.S. SAN ANDRÉS. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar el impacto de un curso on-line sobre el nivel de conocimiento del programa OMI-AP en el personal médico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ciclo de Mejora para optimizar el conocimiento y uso de OMI-AP por los médicos de Familia del Servicio Murciano de Salud. Participan 55 médicos de familia que realizan el curso on-line sobre OMI-AP. Se realiza un curso on-line de 2 meses de duración en el que a través de 9 módulos se da una formación de nivel avanzado sobre OMI-AP. Las mediciones efectuadas se realizan en dos fases: 1ª) Una semana antes de comenzar el curso se aplica a los alumnos inscritos un cuestionario sobre el nivel de conocimientos sobre OMI-AP (10 preguntas). 2ª) Una semana después de finalizar el curso se aplica el mismo cuestionario.

RESULTADOS:

Se ha analizado la nota media del cuestionario que fue de 5,31 puntos previamente a la realización del curso y de 7,70 puntos tras la finalización del curso ($p<0,05$). En 9 de las 10 preguntas analizadas el porcentaje de respuestas correctas mejoró significativamente tras la realización de curso. La única que no mejoró trataba sobre la IT ya que la puntuación media inicial fue de 7,82 puntos.

DISCUSIÓN:

La impartición del curso on-line de OMI-AP para médicos ha supuesto una mejora significativa en el nivel de conocimiento de dicho programa. La formación on-line facilita enormemente la formación de los profesionales al posibilitar una gestión del tiempo acorde a las necesidades del alumno.

P177.– MEJORA EN LA RECEPCIÓN DE LOS INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL ÁREA 1 MURCIA-OESTE.

HELLIN-GIL MF, GARCÍA-GÓMEZ MA, CAVA-INIESTA J, LORENCIO-ROBLES M, BETETA-FERNÁNDEZ D, HELLÍN-MONASTERIO J.

ÁREA 1 MURCIA-OESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

Con las áreas de salud se impulsa la continuidad de cuidados entre Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP), estableciendo la transmisión del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) a través de soporte electrónico. Con esta medida se plantean los objetivos: •Mejorar la transmisión del ICC desde AE hasta AP. •Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes mediante una correcta recepción y registro del ICC. A los 6 meses de iniciarse la emisión y recepción del ICC a través de soporte electrónico, se detectan: dificultades en la recepción, ICC recibidos incompletos, y deficiencias en la apertura y registro en todos los centros, siendo necesario un ciclo de mejora para el registro de la recepción de los ICC en los centros de salud del Área 1.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras analizar las causas se establecen 4 criterios: ICC registrados, ICC especificados en su registro con al menos 1 campo cumplimentado, ICC consultados electrónicamente al menos 2 veces y los ICC especificados en su registro que precisan continuidad de cuidados. La dimensión estudiada para todos es la calidad científico-técnica. Los proveedores son los enfermeros de los centros de salud del Área 1, y el marco muestral los pacientes que precisan continuidad de cuidados y cuyo ICC ha sido recibido y registrado en su centro de salud correspondiente. Los datos son de proceso, evaluándose el periodo comprendido desde que el paciente es dado de alta del hospital pasando al centro de salud donde se recibe su ICC. Estos datos han sido facilitados por el servicio de informática y la enfermera responsable de la formación del ICC en el área, reflejando los ICC recibidos, registrados y consultados durante el periodo comprendido de Octubre a Diciembre 2010 para la 1ª Evaluación, y Enero

a Marzo 2011 para la 2ª evaluación, a razón de 5 casos por centro de salud. Las medidas correctoras aplicadas entre evaluaciones fueron: reuniones informativas, facilitar claves de acceso al soporte informático insertando un icono específico en los ordenadores, designar al enfermero responsable de cada centro y fomentar la formación sobre el ICC y OMI a través de cursos, y liberando a una enfermera para impartirla en cada centro.

RESULTADOS:

Tras revisar los registros de los 14 centros de salud en la 1ª y 2ª evaluación obtenemos: •El registro de los ICC ha aumentado de 41,43% a 92,86%. •Se ha mejorado el registro que especifica los que están cumplimentados (de 41,43% a 91,43%) y los que precisan continuidad de cuidados (de 27,47% a 61,43%). •Ha aumentado el número de ICC que se consultan al menos 2 veces, por la enfermera responsable y la enfermera de ese paciente (de 27,47% al 100%).

DISCUSIÓN:

Estos resultados apoyados por tablas y gráficos revelan una mejora en la calidad de la transmisión y registro de los ICC recibidos en los centros de salud del Área 1, y nos motiva a continuar trabajando en esta línea para mejorar la continuidad de cuidados aplicando metodología enfermera en posteriores trabajos.

P178.– EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DE RECOGIDA Y ENVÍO DE BIOPSIAS DESDE QUIROFANO A ANATOMÍA PATOLÓGICA.

CAZORLA-PÁEZ MC, CORBALÁN-DÓLERA C, SÁNCHEZ-GIL A, BALLESTER-MOLINA MC, PÉREZ-PÉREZ RM, INIESTA-SÁNCHEZ J.

H.G.U. REINA SOFÍA. MURCIA-ESTE. MURCIA.

OBJETIVOS:

La repercusión que las posibles incidencias tienen en la seguridad el paciente justifica la puesta en marcha de un ciclo de mejora, ya que, aunque los errores no se presenten con una alta frecuencia, la presencia de un solo caso, tiene la suficiente trascendencia para justificar el estudio y tomar medidas correctoras. OBJETIVOS: Reducir los posibles efectos adversos asociados al proceso de recogida y envío de biopsias, Definir las funciones y responsabilidades específicas en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se dimensionó y se reflexionó sobre las causas de error mediante diagrama de causa-efecto de Ishikawa. Se procedió al establecimiento de criterios con los que medir la calidad del proceso de recogida y envío de biopsias desde quirófano al laboratorio de anatomía patológica Se llevó a cabo una evaluación del nivel de calidad, en base a los siguientes criterios: 1.- Envase identificado con la pegatina del paciente y en su ausencia éste irá rotulado con nombre, apellidos y n.º de historia. 2.- El número de biopsias coincide con el número registrado en el parte de quirófano 3.- Todas las biopsias del mismo paciente irán agrupadas (bloque único). 4.- Cada biopsia o grupo de biopsias irán asociadas a su petición. 5.- El número total de pacientes registrados en el parte de quirófano con recogida de biopsias coincide con el número total de peticiones. Indicador: Número de muestras que se envían correctamente desde quirófano/número de muestras cada 24 horas. ·Dimensión estudiada: seguridad y calidad cientifico-técnica ·Tipos de datos: proceso y estructura ·Unidades de estudio: pacientes sometidos a intervención quirúrgica con muestra para anatomía patológica en el periodo de evaluación. Profesionales de enfermería de quirófano. ·Periodo de

tiempo evaluado: 24 horas ·Fuentes de datos: Observación directa, parte de quirófano. ·Identificación y muestreo de las unidades de estudio: Todos los pacientes intervenidos con muestra. ·Tipo de evaluación: Interna.

RESULTADOS:

Se realiza una evaluación de 65 casos de los que se obtiene el siguiente nivel de cumplimiento: C1- 98% C2- 95% C3- 91% C4- 95% C5- 100% Indicador:89% Acciones de mejora: Teniendo en cuenta los resultados se realizaron sesiones de enfermería para la difusión de este proyecto, en las que se recogieron las sugerencias aportadas por el personal implicado en el manejo de las muestras, que se resumen: Creación de un grupo de trabajo. Diseño de un flujograma para el circuito y manejo de muestras. Difusión en sesiones formativas al personal de quirófano. Difusión al servicio de anatomía patológica. Diseño e implantación de un nuevo registro de recogida de muestras.

DISCUSIÓN:

Se han identificado las áreas de mejora, planificándose las acciones a desarrollar para la consecución de los resultados esperados. Se han concertado fechas para la difusión de las medidas correctoras y posterior implementación por los profesionales y servicios implicados.

P179.– ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS(SEMES).

CARTELLE-PEREZ T, IGLESIAS-VAZQUEZ JA, BARREIRO-DIAZ MV, BERNARDEZ-OTERO M, CODESIDO-MIRAS R.

FUNDACIÓN PÚBLICA URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA 061. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Describir el proceso y los pasos a seguir por la Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia para conseguir la Acreditación de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias(SEMES): La SEMES público en el 2006 un sistema de acreditación específico para los servicios de Emergencias Extrahospitalarios, mediante el cual la Sociedad Científica actúa como a acreditadora de los servicios que así lo solicitan valorando el grado de cumplimiento en la organización de unos estándares previamente establecidos. La solicitud es voluntaria y afecta a toda la organización. En Octubre de 2009 el 061 Galicia solicitó ser acreditada por SEMES

MATERIAL Y MÉTODOS:

Una vez aceptada la solicitud de acreditación por la SEMES esta envía un libro con los estándares que deben de cumplir los servicios de emergencias para ser acreditados llevando a cabo los siguientes pasos: 1.Cumplimentación de todos los apartados del listado de comprobación del Manual de Estándares de Acreditación para servicios de emergencias y recopilación de la documentación requerida para la justificación de los criterios de calidad. 2. Realización de una evaluación externa in situ (por un equipo evaluador designado por la SEMES) que tuvo lugar los días 8, 9 e 10 de noviembre de 2010 en las dependencias de la Fundación 061. El equipo evaluador verificó el grado de cumplimiento de los estándares incluidos en el listado de comprobación visitando también las instalaciones tanto del Centro Coordinador de Emergencias como de las bases de Unidades de Soporte Vital Básico como de Soporte Vital Avanzado, terrestre y aérea 3.Resultado de la evaluación. Informe de

acreditación favorable, emitido por el equipo evaluador, por el cumplimiento de la totalidad de los estándares obligatorios requeridos en las guías de evaluación descritas en el Manual.4.Certificado de Acreditación: La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, visto el informe emitido por el Comité de Acreditación otorgó a la Fundación 061 la distinción de Servicio acreditado por SEMES por un período de 3 años.

RESULTADOS:

Después de la visita de los Evaluadores estos emiten un informe de la misma que en el caso del 061 de Galicia señalaban 3 aspectos a mejorar que afectaban a las comunicaciones radiofónicas entre el centro coordinador y los recursos, el tiempo de custodia de la documentación clínica en las bases medicalizadas y a la extensión del consentimiento informado a mas actividades asistenciales.

DISCUSIÓN:

La acreditación del 061 de Galicia por la sociedad científica que es referencia en la atención a las Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias supuso el realizar una autoevaluación a la organización en relación a los estándares establecidos y la realización de una serie de acciones de mejora para poder cumplir los estándares creando en relación con la mejora de la seguridad del paciente por ejemplo un sistema de declaración de accidentes adversos anónimo , así como reflexionar y establecer cuál es el régimen de funcionamiento de nuestra organización.

P180.– IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA ASISTENCIA FARMACO TERAPEUTICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO.

SANCHEZ-TERUEL MF, LLOPIS-FERNANDEZ M, CASTILLO-GOMEZ C, CEREZO-MUÑOZ MA, GARCIA-RODRIGUEZ A, GUARDIOLA-MUÑOZ E.

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. YECLA.

OBJETIVOS:

En el entorno de la calidad en la asistencia sanitaria se plantea la necesidad de adaptarse a la gestión por procesos.Su desarrollo avala la "Continuidad Asistencial",entendiendo la actividad asistencial de un modo transversal, identificando las actividades criticas de cada profesional y los indicadores realmente importantes y de impacto que deben ser medidos. En definitiva nuestra gestión se basará en los siguientes objetivos: 1.Normalizar en base a la mejor evidencia. 2.Monitorizar para mantener la mejora. 3.Reducir la variabilidad. 4.Implantar la guía del proceso de asistencia fármaco terapéutica del paciente hospitalizado según la metodología IDEF.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En una primera fase se formó un grupo de trabajo, comité de expertos que analizó el funcionamiento del servicio de farmacia hospitalario y desarrolló el proceso corporativo de la asistencia fármaco terapéutica al paciente hospitalizado. Posteriormente, fue creado un grupo de trabajo interno multidisciplinar encargado de la adaptación del proceso corporativo a nuestra área de salud para su posterior implantación. La implantación se realizó en las siguientes etapas: I. Plan de formación: El personal del Servicio de Farmacia (auxiliares, DUE, FEA) participó en el Curso básico de"Gestión por Procesos",II. Diseño del proceso que definió a) la misión y el alcance le proceso, los usuarios y clientes (entradas y salidas), las guías del proceso y los recursos necesarios. III. Presentación del proceso, plan de trabajo con cronograma de implantación, motivación del personal implicado para asumir el compromiso con el cambio y establecer la coherencia entre el objetivo y la realidad. IV. Nombramiento del Gestor del proceso: responsable del seguimiento, análisis y propuesta de indicadores al grupo de

seguimiento de procesos del Área. V. Selección y definición de indicadores, diseño de hoja de recogida de datos y formación del personal para su medición.VI. Desarrollo informático para la medición de indicadores del proceso con objeto de retroalimentar con periodicidad mensual a los distintos gestores de procesos interrelacionados. VII. Seguimiento del proceso mediante la metodología DAFO.

RESULTADOS:

El proceso de asistencia fármaco terapéutica al paciente hospitalizado fue adaptado a nuestra área de salud. El servicio de Farmacia incorporó la metodología de la gestión por procesos a la sistemática de trabajo.Los indicadores de impacto seleccionados han sido medidos mensualmente durante un periodo de 1 año (marzo 2010-marzo 2011).

DISCUSIÓN:

La adaptación del sistema de trabajo de la asistencia fármaco terapéutica al paciente hospitalizado a la gestión por procesos ayuda a los trabajadores a participar en actividades de mejora que llevan a una excelencia en la satisfacción de los pacientes y de los profesionales implicados. El seguimiento del proceso por la metodología DAFO permite identificar puntos fuertes y áreas de mejora que nos ayudan a la toma de decisiones y a la propuesta de un plan de acción para su mejora.

P181.– MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EXTERNO

LLOPIS-FERNANDEZ M, SANCHEZ-TERUEL MF, CASTILLO-GOMEZ C, CEREZO-MUÑOZ MA, GARCIA-RODRIGUEZ A, ORTEGA-CALVO J.

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. YECLA.

OBJETIVOS:

En el contexto de la incorporación de la gestión por procesos a la metodología del trabajo en el servicio de farmacia y como respuesta al continuo incremento de la demanda asistencial en la atención fármaco terapéutica del paciente externo surgió el objetivo de desarrollar el mapa de procesos de la asistencia farmacéutica al paciente externo como una estrategia de mejora continúa de la calidad, con la intención de: a) normalizar las actuaciones en base a la mejor evidencia, b) monitorizar para mantener la mejora y c) reducir la variabilidad en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El grupo de trabajo multidisciplinar constituido hizo un estudio analítico descriptivo de todas las funciones y actividades que se realizan desde la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos, identificando y priorizando su importancia, documentando su interrelación en el mapa de procesos. Primero definió: la misión y el alcance le proceso, los usuarios y clientes (entradas y salidas), las guías del proceso y los recursos necesarios. Posteriormente, hizo la representación gráfica del mapa de procesos según la metodología IDEF (Integration Definition for FuntionFuntion Modeling) y elaboró el flujograma de procesos facilitando la concepción de la organización como un sistema, utilizando la simbología ANSI (American Nacional Standards Institute).

RESULTADOS:

Diseño del mapa de procesos con identificación de los procesos estratégicos, de apoyo y operativos, entradas y salidas. Elaboración del diagrama de flujo para facilitar la secuencia e interrelación de los procesos operativos.

DISCUSIÓN:

La gestión por procesos es una herramienta útil para conseguir los objetivos de calidad total. El diseño del mapa de procesos de la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos, facilita la implicación del personal, asunción de responsabilidades y fomenta el trabajo en equipo. Además, permite a los profesionales implicados analizar y evaluar sus procesos y resultados para desarrollar estrategias dirigidas a la mejora continua.

P182.– IMPLANTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GALDAKAO DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERÍA PARA LOS INGRESOS.

SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, HERNÁEZ-VENTADES M., VEIGA-DÍAZ M., LÓPEZ-PUENTE Y, TRÁPAGA-HERMOSILLA S, ORTEGA-MARCOS ME.

SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO.

OBJETIVOS:

La implantación de un sistema de gestión por procesos conlleva una serie de principios que lo definen, planteándose como un sistema de mejora continua, orientado al cliente y que se basa en la toma de decisiones a partir de datos obtenidos de los indicadores. Así, tras el análisis de estos, planteamos como objetivos la implantación de un check-list de enfermería para el ingreso de los pacientes desde Urgencias a las áreas de hospitalización médica y quirúrgica, garantizando una mayor eficiencia y seguridad en los ingresos y una mayor satisfacción del personal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron los puntos críticos de los ingresos, basándose en el registro de incidencias del Hospital y en los resultados obtenidos de un AMFE de ingresos realizado en el Hospital, haciendo especial atención a los referidos a la seguridad, seleccionándose un total de 17 ítems para los ingresos en planta y 15 para los ingresos quirúrgicos, que fueron incluidos en el check-list.

RESULTADOS:

Se elaboró un check-list, con una cara destinada a los ingresos de hospitalización y otra para los ingresos de pacientes quirúrgicos. Para los primeros el check-list tiene 6 apartados, el primero referido a la identificación del paciente(colocación de pulsera identificativa y verificación de identidad), el segundo referido a la verificación de la documentación clínica(informe médico, hoja de ingreso, hoja evolutivo y hoja de tratamientos), el tercero sobre la revisión de los procedimientos de enfermería(vía periférica, oxigenoterapia, sondaje, dieta e inmovilización), cuarto de información del paciente, quinto referido al correcto estado del paciente, cama, pañal y el último sobre la comunicación con la planta de destino y a los horarios. Para los pacientes

quirúrgicos los ítems fueron la identificación del paciente, la colocación de la pulsera identificativa, la documentación clínica del paciente, la vía periférica con lateralidad, la retirada de objetos personales y ropa, la retirada de prótesis o piercing, la retirada del esmalte de uñas, el rasurado de la zona quirúrgica, la desinfección de la zona, la colocación de bata, del paño quirúrgico, la colocación de vendajes en extremidades inferiores, la revisión del estado del paciente y la comunicación por parte del facultativo de la orden de intervención Una vez realizado el check-list,se incluye dentro de la documentación de la historia clínica, comprobando la enfermera de la planta este y registrándose los errores si los hubiera y recuperando esta información la Urgencia para poder analizarla.

DISCUSIÓN:

En relación a los resultados obtenidos desde la implantación del citado check-list, podemos llegr a una serie de conclusiones que avalan la implementaciones de este tipo de recursos: 1.El check-list permite optimizar la calidad de los ingresos en base a unos criterios previamente establecidos. 2.Permite reducir los errores relacionados con la seguridad en los ingresos. 3.Mejora la relaciones entre la urgencia y los demás Servicios hospitalarios.

P183.– MEJORA DEL PROCESO ANALÍTICO DEL PREOPERATORIO.

LAGÜÉNS-CAPEL P, NOGUERA-SÁNCHEZ MC, BERMUDEZ-MUÑOZ N, BALLESTEROS-MONTESINOS MJ, LARA-PROAÑO MJ, INIESTA-MARTÍNEZ D.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

Evitar las repeticiones de analíticas en el proceso preoperatorio, disminuyendo así el coste económico que supone la duplicación de pruebas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los criterios utilizados han sido:

1. El paciente no deberá tener realizada bioquímica en el mes anterior Excepción: Glucosa>130, Urea>60, Creatinina>1.5 y/o iones (Na entre 133-148, y K entre 3.3-5.7).

2. El paciente no deberá tener realizado hemograma en el mes anterior.

Excepción: Hematíes<9gr/dl, Hematocrito<30%, Plaquetas<100.000µl y/o neutrófilos<1.000.

3. El paciente no deberá tener realizada coagulación en el mes anterior.

Excepción: AP<50%, TP›20s, TTPA›40s y/o TTPA ratio›1.2.

Para la identificación de los casos se ha utilizado el listado de la agenda de extracciones donde aparecen los pacientes citados a preoperatorio, y para la obtención de los datos se ha utilizado el sistema informático omega, donde se comprueba si existen resultados anteriores, y si están en los intervalos de normalidad estimados.

La evaluación ha sido retrospectiva, cruzada e interna. Mediante un muestreo de conveniencia se evaluaron a todos los pacientes que acudieron a la sala de extracciones para realizarse el preoperatorio, hasta obtener una muestra de 60 casos.

La medida correctora principal ha sido la modificación de la petición de preoperatorio para realizar estrictamente lo que estuviese pendiente o nada si fuese el caso.

RESULTADOS:

En la primera evaluación hemos obtenido un cumplimiento de 86,67% para los criterios 1 y 2, y de un 98.33% para el criterio 3, con la puesta en marcha de las medidas correctoras se obtiene un 100% de cumplimiento para los tres criterios. Hemos conseguido una mejora absoluta de un 13.33% para los criterios 1 y 2, y de un 1.67% para el criterio 3.

DISCUSIÓN:

Hemos conseguido implantar un sistema de trabajo que disminuye el coste económico principalmente y aumenta la eficacia del trabajo en el Laboratorio. Gracias al trabajo en equipo constatamos que pequeños cambios en las organizaciones del trabajo pueden suponer una oportunidad de ahorro, pero resulta imprescindible la implicación de todo el personal que forma parte del proceso de solicitud y realización analítica. Si en nuestro hospital se realizaron 3180 consultas de preanestesia en el año 2010, y podríamos evitar 413 bioquímicas y hemogramas y unas 53 coagulaciones, que suponen un elevado coste económico y de trabajo ya que de ellas no se obtiene ningún beneficio, pues ya disponíamos de datos anteriores.

P184.– CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN QUE NO RESPONDE A UNA ENCUESTA POSTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA.

CARPE-CARPE B, MORENO-LÓPEZ AB, MONTEAGUDO-PIQUERAS O, HERNANDO-ARIZALETA L, PALOMAR-RODRÍGUEZ JA.

DIRECCIÓN GRAL. DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN SANITARIA Y FARMACEÚTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA. CONSJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. MURCIA.

OBJETIVOS:

El objeto de este trabajo es valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), a partir del SF-12v2, en la población de la Región de Murcia (RM) que no responde a una encuesta de salud administrada vía postal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el año 2007 se realizó en la RM una encuesta de salud poblacional (n=3.486 personas de 18 ó más años), administrada vía telefónica, en la que se valoró la CVRS con el SF-12v2. Se trata de un cuestionario genérico de CVRS multidimensional que proporciona a su vez dos medidas resumen de salud, el componente sumario físico (CSF) y el componente sumario mental (CSM). Un año después, se contactó vía postal con todas las personas que participaron en la encuesta de salud, y se les pidió que cumplimentaran un nuevo cuestionario genérico de CVRS, el EQ-5D. Se comparan los CSF y CSM obtenidos en la encuesta de 2007, en función del estatus (responder o no) a la de 2008. La comparación se realiza con el test de T de Student. El análisis se hizo con el paquete estadístico SPSSvs15.

RESULTADOS:

De las 3.381 (97,0%) personas que accedieron a participar en la encuesta de salud telefónica del 2007, 1.303 (38,5%) contestaron la encuesta postal del 2008. La puntuación media del CSF entre las personas que sí contestaron fue 46,1 (DE=10,6) y de 48,0 (DE=11,8) entre las que no; se observaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,000). La puntuación media del CSM entre las personas que sí contestaron fue 53,3 (DE=11,3) y de 54,1 (DE=10,6) entre las que no; no se observaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,050).

DISCUSIÓN:

Las personas que no contestaron al cuestionario de salud EQ-5D vía postal en el 2008, habían declarado en el año previo una mejor salud física que las que no contestaron. De forma general, estos datos ponen de manifiesto que las personas con mejor salud física son menos colaboradoras en proyectos de investigación sanitaria.

P185.– EVALUACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE CONTROL DE TEMPERATURAS EN ALMACENES DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

SANCHEZ-MARTINEZ I, RODRIGUEZ-MOLINA MA, VALIENTE-BORREGO F, CAMPOY-MORENO J, RAMOS-GUARDIOLA J, CAÑAVATE-GEA J.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar y mejorar el proceso de control de temperaturas de medicamentos y productos sanitarios en todos los botiquines de las unidades de hospitalización, servicio de farmacia y almacén de suministros, para garantizar así la máxima eficacia y seguridad en el momento de su administración

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para identificar y analizar las causas de incumplimiento se utilizó el diagrama causa-efecto de Ishikawa, y se diseñaron 5 criterios de calidad que deberían cumplir todas las unidades de estudio (los depósitos y/ó almacenes del centro donde se custodiasen medicamentos y/o productos sanitarios): C1-frigorífico para almacenar productos termolábiles; C2-termómetro para registrar la temperatura actual, así como la máxima y mínima alcanzadas en el interior de la nevera; C3-termómetro para registrar temperatura ambiental (actual, máxima y mínima alcanzadas); C4-registro diario de todas las temperaturas medidas (ambientales y del frigorífico); C5-listado actualizado de los medicamentos y productos sanitarios disponibles en el centro que requieran condiciones especiales de almacenamiento. La primera evaluación realizada durante febrero de 2010 incluyó como unidades de estudio a todo el universo muestral disponible (n=15). Se diseñó una hoja de recogida de datos para conocer el grado de cumplimiento de los criterios definidos en cada unidad. Los niveles de cumplimiento puntuales detectados para cada criterio fueron: C1: 93,3 %, C2: 73,3%, C3:46,7%, C4:40%, C5:13,3%. Tras la primera evaluación, se diseñó como medida correctora la creación del procedimiento común CONTROL Y REGISTRO DE TEMPERATURAS, con la intención de actuar prioritariamente sobre los criterios 4 y 5, que representaban en torno al 60% de los defectos de

calidad encontrados. Es decir, no se realizaban registros de las temperaturas alcanzadas en los almacenes de medicación, ni se contaba con un listado de productos termolábiles. En mayo de 2010, después de la implantación, difusión y puesta en marcha de dicho procedimiento se reevaluó la misma muestra (universo muestral n= 15) para conocer la repercusión de nuestra intervención.

RESULTADOS:

El nivel de cumplimiento de cada criterio tras la reevaluación fue:

C1(100%);C2(93,33%);C3(93,33%);C4(80%);C5(86,67%). Para estimar la significación de la mejora conseguida se calculó el valor de z, con el cual se comprobó que la mejora fue significativa en tres de los cinco criterios: C3 ($p=0,003$), C4 ($p<0,001$), C5 ($p<0,001$), por lo que se deberá a la puesta en marcha del procedimiento para el control de temperaturas como medida de intervención.

DISCUSIÓN:

Tal y como nos proponíamos, hemos logrado una mejora considerable sobre los criterios 5 y 4, pero es necesario monitorizar los niveles de calidad alcanzados para que se mantengan, y diseñar indicadores específicos para su control. Puesto que la mejora conseguida sobre los criterios 1 y 2 no ha resultado significativa, es necesario diseñar otra estrategia de intervención para actuar sobre esos criterios.

P186.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DEL PERSONAL.

HITA-MARIN MJ, LORCA-SANCHEZ I, BRUTON-LOPEZ JJ, CAYUELA-VERDU FJ, SEMITIEL-SÁNCHEZ J, CAÑAVATE-GEA J.

GERENCIA IX VEGA ALTA DEL SEGURA. CIEZA.

OBJETIVOS:

Mejorar la cumplimentación y localización de los expedientes del personal tras la incorporación de nuestra organización a la red de Centros Hospitalarios del Servicio Murciano de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevo a cabo un análisis retrospectivo utilizando un diagrama de causa-efecto para representar las causas potenciales del problema de de calidad en la cumplimentación de los expedientes del personal. Se establecieron 6 criterios de calidad (C1contenidos del expediente, C2 contenidos de los datos del personal, C3 contenidos de los datos académicos, C4 contenidos de los datos profesionales, C5 contenido de los nombramientos, C6 el expediente deberá estar ordenado alfabéticamente), incluyendo aclaraciones y excepciones. Las unidades de estudio fueron todos los expedientes de personal en activo del Hospital .La fuente de datos para localizar los casos fueron los expedientes existentes, cogiendo como marco muestral 60 expedientes con un método de muestreo aleatorio simple y como mecanismo de sustitución de casos se empleo la de otro expediente aleatorio en activo. El tipo de evaluación realizada fue interna. Tras llevar a cabo la recogida de datos se establecieron las acciones de mejora que consistieron en formación al personal que se ocupaba de esas tareas para llevar a cabo una posterior reevaluación.

RESULTADOS:

En la primera evaluación el número de incumplimientos total fue de 182, con una frecuencia relativa de incumplimientos en los de C1 32,97%, C2 29,67%, C3 28,57 %, C5 4,95%, C4 2,75%, C6 1, 1%, En la segunda evaluación el número total de incumplimientos fue 34, con una frecuencia relativa

de los mismos de C1 50 % , C2 2.945, C3 8.82%, C4 20.59%, C5 8.82%, C6 8.82 %.

En la primera evaluación los cumplimientos de los criterios fueron los siguientes en el C1 0±0, C2 10,00 ± 0,08, C313, 33 ± 0, 09, C4 91,67 ± 0, 07, C5 85,00 ± 0, 09,C6 96,67 ± 0,05 para un intervalo de confianza del 95% ,en la segunda evaluación los cumplimientos de los criterios fueron en C1 95,00 ± 0,06,C2 71,67 ± 0,11,C3 88,33 ± 0,08,C495,00 ± 0,06, C595,00 ± 0,06,C6 98,33 ± 0,03 para un intervalo de confianza del 95 % . Alcanzando una mejora significativa ($p<0.05$) en los criterios C1, C2, C3, C5.

DISCUSIÓN:

Tras las acciones de mejora emprendidas se ha alcanzado una mejora significativa en la mayoría de los criterios de calidad establecidos para la cumplimentación de los expediente permitiendo la agilización en la localización de los documentos contenidos en el mismo.

P187.– ELABORACIÓN, DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EN LAS CLÍNICAS DEL IMQ.

URRUTIA-JOHANSSON I, DARPON-SIERRA J, GUERRA-ZALDUA N, GONZALEZ-SANCHEZ C, MUÑOZ-NUÑEZ E, FERNANDEZ-ALVAREZ J.

CLINICAS IMQ VICENTE SAN SEBASTIÁN Y VIRGEN BLANCA. BILBAO.

OBJETIVOS:

1.Incrementar la seguridad integral del paciente, mediante la monitorización y seguimiento de las dimensiones de seguridad 2.Disminuir la variabilidad clínica de las decisiones y actuaciones que tienen impacto en la seguridad del paciente 3.Identificar y priorizar las dimensiones y variables de prevalencia en la seguridad del paciente 4.Afianzar un sistema de indicadores que permitan monitorizar la seguridad del paciente 5.Centralizar y/o descentralizar decisiones e iniciativas en función del alcance y repercusión de las mismas. 7.Desplegar una cultura de seguridad del paciente entre todos los profesionales y estamentos implicados 8.Incorporar al paciente y/o familiar en las iniciativas de seguridad clínica

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.Identificación de las variables / dimensiones críticas en materia de seguridad del paciente teniendo como marco de referencia los estándares de la Joint Commission 2.Descripción y alcance de cada dimensión de seguridad 3.Monitorización_ elaboración de un Cuadro de Mando integral de Seguridad del paciente 4.Identificación de iniciativas de actuación 5.Despliegue/ implantación de iniciativas mediante equipos de mejora, procesos, comités/comisiones 6.Análisis causa efecto e impacto en los objetivos. Se ha aplicado metodología que combina: análisis retrospectivo de datos/ indicadores; eventos centinela, eventos adversos, brainstorming y benchmarking de otros centros de referencia . Grupos de discuisón y contraste.

RESULTADOS:

1.Operativizar la Seguridad del paciente a través de un plan de Actuación que permite disponer de Cuadros de Mando, determinar análisis de causas, establecer Planes de Mejora, focalizar el benchmarking “interno- externo”, mejorar de

manera permanente…. 2.Apostar por una cultura de seguridad clínica, que aborda a todos los estamentos profesionales, potenciandoel sentido de la responsabilidad , implicación y necesidad de trabajo en equipo para asegurar la seguridad del paciente. 3.Abordar estrategias que inciden en la información/ formación e implicación del paciente para colaborar en la adecuada implantación de las estrategias de seguridad 4.Implicación de la Dirección y profesionales mediante sistemas de gestión centralizados (Comisiones) y descentralizados (por unidades / especialidades) que potencian la implantación efectiva de las iniciativas de mejora.

DISCUSIÓN:

La seguridad del paciente la consideramos como un principio fundamental de la atención asistencial al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Abordarla en todas sus múltiples variables o dimensiones y sobre todo mejorarla, requiere de una labor compleja que afecta a todo el sistema, y en la que intervienen una amplia gama de medidas relativas a : la mejora de los circuitos organizativos, la seguridad del entorno, la gestión del riesgo, la lucha contra las infecciones el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano.

P188.– ORGANIZACIÓN Y MEJORAS DE CALIDAD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y DE GESTION DE LAS URGENCIAS DE LAS CLINICAS IMQ.

FUENTES-FELIPE FD, RUIZ-GARCIA I, GUERRA-ZALDUA N, PRIETO-EGURROLA JL, GONZALEZ-SANCHEZ C, URRUTIA-JOHANSSON I.

CLINICAS IMQ VICENTE SAN SEBASTIÁN Y VIRGEN BLANCA. BILBAO.

OBJETIVOS:

Conocer los cambios experimentados en un Servicio de Urgencias de un Hospital Privado de referencia, con la implantación de un Sistema certificado de gestión de la calidad, que inciden principalmente en la planificación de la atención, en la prestación de cuidados y actitudes terapéuticas, en el seguimiento y evolución clínica del paciente y en la coordinación y continuidad de la asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1) Constitución del equipo de trabajo. 2) Diseño de proceso: misión, alcance, equipo gestor,requisitos del cliente. 3) Elaboración del mapa del proceso. 4) Descripción detallada del proceso (protocolos, procedimientos, recursos necesarios). 5) Elaboración del cuadro de mando. 6) Implantación. 7) Estabilización.

RESULTADOS:

Los objetivos estratégicos del cambio incluyeron el desarrollo de un modelo de organización que contemplara el proceso de urgencias en su totalidad, en torno al paciente y a sus necesidades y expectativas, principalmente en los aspectos relacionados con la calidad técnica, calidad de Servicio y trato humano y personalizado como valor añadido, consiguiendo la integración de los procesos, así como de los profesionales que en ellos intervienen, fomentándose el trabajo en equipo como elemento indispensable para el éxito. La implantación del sistema de gestión de la calidad implicó la definición de los procesos (requisitos, interacciones e indicadores), el seguimiento y medición de los procesos y el plan de mejora de los mismos, y la evaluación de la satisfacción de los pacientes y sus familiares. Una vez implantado el sistema en su totalidad, se encuentra totalmente integrado en el trabajo en equipo habitual, formando parte de la práctica clínica diaria.

DISCUSIÓN:

Entre otros puntos fuertes, la implantación del sistema de gestión de la calidad en nuestro Servicio ha favorecido una nueva estructura organizativa, con gran implicación de los responsables del sistema y de todo el personal en general,impregnando también la cultura de la evaluación continua y de la gestión por procesos en los servicios que interactúan con urgencias, impulsándose acciones formativas interdepartamentales, realizándose de forma sistemática el seguimiento de los Indicadores de los procesos y de los Objetivos de calidad, reflejados en el cuadro de mando de indicadores. Todo ello se ha traducido en altos índices de satisfacción, tanto por parte de los pacientes a los que atendemos, como del personal del Mismo Servicio de Urgencias, de los clínicos del resto del Centro Hospitalario y de los Organos Directivos del mismo.

P189.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA RECOGIDA DE ORINA DE 24 HORAS EN UN LABORATORIO DE ÁREA.

DE PACO-GIL-. MJ, PALOMARES-GONZALEZ- L, DE LEON-CORRAL- B, PEREZ-CANTERO- FN, LOPEZ-GARCIA- JA.

HCN - ÁREA IV DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA. CARAVACA DE LA CRUZ.

OBJETIVOS:

Para poder analizar los parámetros incluidos en la petición de orina de 24 horas(O24h), la recolección de la muestra y su entrega en laboratorio deben cumplir una serie de requisitos, como son aportar una muestra especifica para orina de 24 horas diferente a la muestra de orina de única micción; informar del volumen total de orina en 24 horas, además la muestra debe estar correctamente identificada. Cuando no se reciben en laboratorio las muestras de orina de 24 horas de forma adecuada se producen una serie de consecuencias, para el paciente y para el normal funcionamiento del laboratorio. En cuanto al paciente, en primer lugar deberá aportar una nueva muestra, cosa que no siempre ocurre, además puede que los resultados se retrasen o incluso que no se obtengan, repercutiendo así sobre su proceso (visitas concertadas con el especialista en la que no están disponibles algunos parámetros analíticos …). Por lo que nos proponemos evaluar y mejorar la calidad de la recogida de muestras de orina de 24 horas en el laboratorio del Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se hace un análisis de causas con un diagrama de ishikawa, y se mide la calidad del proceso con 4 criterios, la petición de orina de 24h irá acompañada de la muestra correspondiente(C1), la identificación es correcta (C2), aporta el valor del volumen total de orina (C3) y en las peticiones de aclaramiento de creatinina se incluye una muestra de sangre(C4). La unidad de estudio son los pacientes con petición de O24h procedente de las unidades de hospitalización o de las consultas de endocrino y MI. Para la obtención de casos se utiliza el registro de laboratorio, y para la obtención de datos la base de datos del programa de laboratorio. Se realizan muestreos de conveniencia para las

2 evaluaciones, con un tamoño muestral en la 1ª de 60 casos, y 55 casos en la 2ª. Se analizan los datos obtenidos y se ponen en marcha las acciones de mejora encaminadas a formar e informar sobre la forma adecuada de recoger y enviar las muestras de orina de 24h, estas medidas se aplican a profesionales y a pacientes. Se realiza una reevaluación para valorar el nivel de mejora conseguida.

RESULTADOS:

En la primera evaluación el criterio 3 presenta un cumplimiento del 70% (±11,6), y los criterios 1 y 2 del 80% (±10,8),el criterio 4 se cumple en el 100% de los casos. En la reevaluación encontramos mejora absoluta (9,1 puntos) y relativa (45,5%) en los criterios 1 y 2, no siendo esta significativa. En el criterio 3 la mejora absoluta es de 17,3 puntos y relativa de 57,7% siendo esta significativa. No hay cambios en el criterio 4.

DISCUSIÓN:

El análisis del problema nos ha permitido conocer mejor las causas que lo están motivando, orientar hacia los criterios para cuantificar la calidad e identificar las acciones de mejora para aumentar el nivel de calidad. La puesta en marcha de estas acciones de mejora nos permite disminuir el numero de pacientes con problemas en las determinaciones de orina de 24 horas.

P190.– DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

LEÓN-VILLAR J, SANCHEZ-CATALICIO M, MOLINA-GUILLEN P, ARANDA-GARCIA A, ESPUNY-MIRÓ A, IRANZO-FERNÁNDEZ L.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar la incidencia de Problemas Relacionados con los Medicamentos citostáticos (PRMs citostáticos) tras la definición, en enero de 2010, de puntos críticos en la prescripción, validación, dosificación y administración de quimioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

De los datos del registro de PRMs del circuito de Prescripción (P)-validación(V)- Preparación (Pp) -Administración (A) de quimioterapia, se analiza el número de comunicaciones de PRMs correspondientes a los años 2009 y 2010, periodos anterior y posterior a la implantación de puntos críticos. Se definen puntos críticos como aquellos PRMs más frecuentes, en base a nuestros registros, ocurridos en cada una de las fases del circuito desde la prescripción hasta la administración de quimioterapia. Se excluye el seguimiento del cual no tenemos ningún registro.

RESULTADOS:

La actividad asistencial en los dos periodos de tiempo evaluados en cuanto a pacientes atendidos, mezclas elaboradas y estancias ha sido prácticamente constante: 2009 (1412 pacientes/17567mezclas/11808 estancias) y 2010 (1322 pacientes/17361mezclas/10872 estancias).El número de PRMs global, por fase del circuito y por año fueron: 2009 222 (15,7% de los pacientes) (P 19; v 46; Pp 45; A 28; otros 9) y en 2010 126 (9,53% de los pacientes) (P 53; V 29; Pp 23; A 7; otros 14). Se observa una reducción global significativa de 96 PRMs (43,24%) en todo el circuito e individualmente para cada uno de las fases del ciclo: 41(43,62%) en P, 17(36,96%) en V, 22(48,89%) en Pp y 21(75%), excepto en los PRMs asociados a estructura, circuitos y/o procedimientos que se incrementan en 5(55,56%). Se redujo el número de PRMs que llegaron a

paciente en 31(67,39%), 46 (3,25% de pacientes), en 2009 y 15 (1,13% de pacientes) en 2010 y la gravedad de los mismos: en 2009 21 de gravedad 0, 24 gravedad 1 y 1 gravedad 3 y en 2010 10 de gravedad 0 y 5 de gravedad1. Los profesionales que comunicaron los PRMs fueron en orden de frecuencia: farmacéutico (FAR), enfermero/a Hospital Día (ENF.HDM), de Farmacia (ENF.FAR); de hospitalización (ENF.PLANTA), medico (MED) y paciente. Por años: 2009 FAR 115(51,80%); ENF.HDM 47(21,17%) ENF.FAR 41(18,47%); ENF.PLANTA 18(8,11%); MED 1(0,45%) y en 2010 FAR 53(42,06%); ENF.HDM 36(28,57%); ENF.FAR 26(20,63%); ENF.PLANTA 8(6,35%); MED 2(1,59%); paciente 1(0,79%).

DISCUSIÓN:

Estudios observacionales, registran tasas del 12,8% de PRMs en pacientes hospitalizados, cuando se incluyen errores de trascripción, dispensación y administración y del 3,5 al 7,9% cuando se registran fundamentalmente errores de administración. Diversos estudios internacionales muestran desde al 4-16,6% en pacientes hospitalizados y aproximadamente el 50% se han considerado evitables. En el caso de los medicamentos citostáticos los PRMs pueden tener consecuencias fatales por su estrecho margen terapéutico. Las alertas y recomendaciones de seguridad basadas en el análisis de la propia experiencia puede ser un método eficaz para prevenir de PRMs en nuestros pacientes.

P191.– ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LA INDICACIÓN DE SONDAJE VESICAL EN LOS HOSPITALES?.

LOPEZ-ROJO C, RAMÓN-ESPARZA T, CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, FONSECA-MIRANDA YA, GRUPO-GREMCCE.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL. MURCIA.

OBJETIVOS:

El porcentaje de pacientes portadores de sonda vesical (SV) con cuidados adecuados, es un indicador de calidad relevante en los cuidados de enfermería. El análisis del mismo en los hospitales de un Servicio Regional de Salud (SRS) nos ha permitido identificar una amplia variabilidad en relación con el denominador utilizado para la medición del mismo en cada uno de los centros. Objetivos: 1.- Estudiar la variabilidad en la indicación del sondaje vesical en cinco hospitales del SRS con un número de camas superior a 275. 2.-Valorar el posible impacto en los resultados del indicador de calidad de cuidados adecuados en portadores de SV.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La unidad de estudio fue la totalidad de pacientes portadores de sonda vesical en cualquier área hospitalaria en tres cortes de un día seleccionados en el año 2010. Se ha calculado la tasa agregada de pacientes/ día portadores de SV en los cinco hospitales con número de camas superior a 275. Para el análisis de la variabilidad se ha calculado la razón de variación entre el valor máximo y mínimo y el estadístico de variabilidad Ji-cuadrado de comparación de tasas

RESULTADOS:

Las tasas de paciente/día portadores de sonda vesical oscilan entre 3,4 y 14,9. La razón de variabilidad es 4,4. Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los valores obtenidos de las diferentes tasas ($p< 0.001$).

DISCUSIÓN:

Se ha identificado una gran variabilidad en las tasas de indicación de SV entre los cinco hospitales estudiados. El hospital con mayor tasa, tenía 4,4 veces más que el que tenía menos. Además estas desigualdades son estadísticamente significativas con una $p<0.001$. Las diferencias en la indicación del SV entre los centros podrían

afectar al denominador en el resultado del indicador de calidad evaluado.

P192.– RRHH EN FHC. PONIENDO EL FOCO EN LAS PERSONAS.

GONZALEZ-RODRIGUEZ JI, ECHEBURÚA-MARTÍNEZ J, LORENTE-CISNEROS N, LEDESMA-MARIN V, DEL PRADO-JIMENEZ C, LOPEZ-MARTINEZ AC.

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

Orientación de los distintos procesos y subprocesos de la Unidad de RRHH de Fundación Hospital Calahorra hacia las personas, bajo metodología EFQM e interactuando con el resto de la organización a través del mapa de procesos de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Partimos del Mapa de procesos de la organización. En él vemos representados los distintos procesos y subprocesos de FHC alineados en función de si pertenecen a una de estas cuatro categorías: Estratégicos, Operativos, Apoyo y Soporte. Además, podemos observar las distintas interactuaciones entre ellos con el punto de mira puesto en la satisfacción de pacientes y usuarios. Dentro de la categoría de procesos SOPORTE, nos encontramos con el proceso denominado PERSONAS, y que incluye 3 subprocesos: Formación, Contratación y Gestión Laboral (Incentivos). Ficha de procesos. En estas fichas se establecen por cada uno de los procesos las metas estratégicas, misión del proceso y actividades, proveedores internos y externos, alianzas, indicadores (diferenciando entre clientes externos y clientes internos), indicador clave y un análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de cada proceso. Fichas AMFE de los procesos: Utilizando herramientas de calidad como la confección de un AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) queremos detectar los posibles modos de fallo y sus efectos en cada uno de los procesos de la Unidad de RRHH (formación, contratación, y gestión laboral) para que, una vez analizados y evaluados, podamos implantar las medidas de mejora adecuadas a cada caso. El AMFE o Análisis Modal de Fallos y Efectos es un método que busca el Aseguramiento de la Calidad, identificando y previniendo los modos de fallo, tanto de un producto como de un proceso;

evaluando su gravedad (G), ocurrencia (O) y detección (D), calculando el Número de Prioridad de Riesgo.

RESULTADOS:

Indicadores Clave. Uno de los aspectos recogidos en las fichas de los procesos es el indicador principal de cada uno de ellos, que siguiendo la metodología PDCA, será vinculante en la toma de decisiones y considerados como foco principal de análisis y seguimiento. Formación: ratio total de plantilla formada. Contratación: ratio asistenciales/no asistenciales. Gestión Laboral: nivel seis sigma del rendimiento del proceso de nómina.

DISCUSIÓN:

Toda la información que se genera en torno a la puesta en marcha y seguimiento de estos procesos de la Unidad de RRHH se alimenta en el Sistema integral de Calidad, donde se aglutinan todas las no conformidades, reclamaciones, acciones preventivas, acciones correctivas y acciones de mejora de todos los procesos del Mapa de procesos de FHC, independientemente de la norma o estándar que los sustente: - UNE EN ISO 9001:2008. - UNE EN ISO ISO 14001:2004. - Reglamento (CE) nº 1221/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009 (EMAS III). - OHSAS 18001:2007. - UNE-ISO/IEC 27001:2007. - UNE CWA 15896-1:2010 EX (Gestión de Compras). - PAS 99:2006 (integración de sistemas).

P193.– SATISFACCION: ESCRITA VERSUS ORAL.

MARTINEZ-SAORIN ME, MARTINEZ-GIMENEZ A, ALCAZAR-COSTA AB, INIESTA-MARTINEZ D.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

Analizar resultados obtenidos, durante el periodo (2008/2010) tras la implantación de la Acción de Mejora, sobre la potenciación de los agradecimientos de forma escrita por parte de los Usuarios. Conocer la satisfacción de los usuarios a través de los agradecimientos sobre la asistencia y trato recibido

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante la aplicación informática SUGESAN, donde se registran: Quejas, reclamaciones, agradecimientos y sugerencias, se ha analizado de forma retrospectiva: Del total de las incidencias : Quejas, reclamaciones, agradecimientos y sugerencias, se calculó el % de agradecimientos obtenidos, respecto al total de incidencias registradas en el Servicio de Atención al Usuario.

RESULTADOS:

Aumento progresivo de los agradecimientos por escrito desde que se implanto esta acción de mejora: En 2007, del total de 94 registros el 2% son agradecimientos, en 2008 de 104 registros son agradecimientos el 13%, en 2009 de 156 registros totales, el 17% y durante el 2010 de 122 registros 19% son agradecimientos.

DISCUSIÓN:

En base a los resultados obtenidos concluimos que, informando y ofreciendo al Usuario los recursos y canales disponibles para expresar su satisfacción sobre la asistencia y trato recibidos, éstos son utilizados, quedando demostrado en el análisis de los datos llevado a cabo. Esta situación nos anima ha seguir trabajando en esta línea. La satisfacción expresada de forma escrita versus oral, nos permite trasladar a los profesionales implicados, el reconocimiento por su labor, generando una motivación en nuestro trabajo diario.

P194.– CONTRASTE DE CAPACIDADES SEGÚN UNE-CWA 15896 GESTIÓN DE COMPRAS DE VALOR AÑADIDO

LOPEZ-MARTINEZ AC, GONZALEZ-RODRIGUEZ JI, MUÑOZ-MACHIN I, BENITO-GARCIA P, PEÑALVA-SEGURA P.

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

Fundación Hospital Calahorra está certificada desde el año 2000 con la norma UNE-CWA 15896-1:2010 EX Gestión de Compras de Valor añadido, siendo la primera organización europea en conseguir dicha acreditación. La norma establece en su punto 7.3 Contrate de capacidades y habilidades fundamentales que los miembros del equipo de compras (personas de la Unidad de Logística) deben ser evaluados y contrastados en relación con los siguientes encabezados genéricos: competencias de compras técnicas, competencias de compras generales y comerciales, y competencias de comportamiento. En la auditoria externa del Sistema Integrado de Gestión del 2010 se identificó este área como oportunidad de mejora ya que no estaba suficientemente evidenciado el cumplimiento de dicho punto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para mejorar la gestión del contraste de capacidades de la norma UNE-CWA 15896-1:2010 EX Gestión de Compras de Valor añadido, la Unidad de Recursos Humanos del hospital desarrolló en excel un modelo que permite identificar para cada persona su histórico de formación clasificado en las tres áreas de competencia que tiene la norma y cuantificada en función del número de horas. Además el modelo individualizado incorpora información gráfica comparada de cada persona con la media de las personas de su mismo grupo profesional permitiendo identificar de forma rápida y muy visual las competencias a desarrollar, tanto en función de la propia formación como en relación a la media de las personas del mismo grupo profesional.

RESULTADOS:

A lo largo de la comunicación se muestran los resultados obtenidos con la implantación de este modelo en el 2011 y como se ha alineado este herramienta con las pautas

marcadas por la Dirección del hospital de que las acciones formativas estén vinculadas al Plan Estratégico de la organización.

DISCUSIÓN:

El modelo implantado es una herramienta objetiva para la toma de decisiones en cuanto a la formación a realizar para garantizar las competencias técnicas, generales y comerciales y de comportamiento del personal de compras, mejora la implicación de las personas en su propio proceso formativo y evidencia ante terceros las decisiones en materia de formación.

P195.– ISO 27001-GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO: LA EXPERIENCIA DE LA FHC.

LOPEZ-MARTINEZ AC, MARRODAN-GIL LM, BENITO-GARCIA P, GONZALEZ-RODRIGUEZ JI, AYESTARAN-RUIZ BAZAN JR.

FUNDACION HOSPITAL CALAHORRA. CALAHORRA.

OBJETIVOS:

Desde su apertura en diciembre del año 2000, la Fundación Hospital Calahorra (en adelante FHC), viene implantando importantes medidas para garantizar la seguridad de la información confidencial de sus pacientes, trabajadores, proveedores y usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Dichas medidas que, en un primer momento, parecían vinculadas únicamente a la Unidad de Informática y al área de documentación clínica del que nacía como "hospital sin papeles", pronto debieron hacerse extensibles al resto de la organización al constatar que preservar la seguridad de la información en un centro sanitario, transciende a la mera gestión documental y de los sistemas de información y requiere una cultura global de seguridad y confianza en el tratamiento de toda la información vinculada con la asistencia sanitaria y con la prestación de servicios en este ámbito. En la FHC esta visión global se concreta en un sólido Sistema de Gestión y Seguridad de la Información que ha sido certificado bajo la Norma UNE ISO 27001, desde el año 2008, siendo el primer hospital europeo (y probablemente mundial) en conseguir esta certificación con alcance en todas las áreas del hospital y que cuenta, además, con un procedimiento de gestión de todos los riesgos hospitalarios que, de una u otra manera, afectan a la seguridad de la información que se genera en la actividad habitual del centro.

RESULTADOS:

El Sistema de Gestión de Riesgos de la FHC, recoge todas las medidas de control de los riesgos hospitalarios (asistenciales, ambientales, de gestión de personal, de gestión de aprovisionamiento y servicios y de prevención de riesgos laborales, etc), identificando cuáles de ellos inciden

de manera directa en la información. Además, está establecido un régimen de responsabilidades que implican directamente a cada profesional de la organización, en función de sus capacidades y de la labor que desempeñan, en las tareas vinculadas a la seguridad de la información.

DISCUSIÓN:

Se crea entonces un marco global de seguridad que garantiza la fiabilidad, integridad y disponibilidad de la información en el marco de un Sistema Integrado de Gestión de calidad certificado bajo las siguientes normas: ISO 9001, ISO 14.001, EMAS, OHSAS 18001, CWA-PUMA 15.896 y PAS 99, todas ellas bajo el modelo de excelencia EFQM, con el que la FHC ha obtenido la Q de Plata de Calidad.

P196.– ESTUDIO DE NIVEL DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE EN NIÑOS DE 13 Y 14 AÑOS.

COLLADOS-SÁNCHEZ JM, GUIRADO-ESCÁMEZ C, PÉREZ-SOLER C, LÓPEZ-GARCÍA JA, MARTÍNEZ-JIMÉNEZ S, GIMÉNEZ-LÓPEZ A.

CENTRO DE SALUD DE BULLAS. BULLAS.

OBJETIVOS:

La cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud (SMS) contempla entre otros el servicio "Revisiones Periódicas del Niño", cuyos objetivos son detectar precozmente alteraciones en la salud del niño; vigilar el correcto crecimiento y desarrollo del niño y ofrecer consejos de salud al niño y su familia. Es un programa de atención preventiva y promoción de la salud. Este servicio se presta a niños desde su nacimiento hasta los 14 años de vida, y prevé una serie de actividades en función de la edad del niño. La impresión de los profesionales del EAP de Bullas es que en edades tempranas la mayoría de niños acuden a sus revisiones periódicas y se realizan las actividades previstas, pero en el tramo de edad de 13 a 14 años se reduce de forma importante el número de niños a los que se realizan las actividades previstas en el programa. El objetivo de este estudio es conocer el nivel de adecuación de la atención al niño de 13 y 14 años en relación al plan establecido en cartera de servicios del SMS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La población para nuestro estudio son los niños adscritos al EAP de Bullas, con 15 años cumplidos, pues el programa incluye a niños hasta 14 años, incluido el año que tienen 14. Se hace un muestreo de conveniencia seleccionando los niños que han cumplido 15 años entre el 1 de Noviembre de 2010 y el 30 de Abril de 2011, obteniendo una muestra de 50 niños. Los datos para la evaluación de los criterios se obtienen de la Historia Clínica Electrónica (OMI-AP). Y son analizados con la hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS:

Observamos que todos los criterios tienen un alto índice de incumplimiento, sobre todo el criterio de los consejos preventivos de otras drogas que tiene un 100% de

incumplimiento. Los criterios de peso, talla y presión arterial, tienen un 6% (±6,6) de cumplimientos y los criterios de la valoración del riesgo psicosocial, consejos preventivos y promoción de la salud (alimentación equilibrada, ejercicio físico, higiene dental, prevención de accidentes y exposición solar) y consejos sobre el tabaco tienen un 2% (±3,9) de cumplimiento.

DISCUSIÓN:

El nivel de adecuación de la atención a niños e 13 y 14 años en el marco de la cartera de servicios del SMS se muestra claramente mejorable. Por lo que el equipo del EAP de Bullas decide realizar un análisis de causas para conocer los motivos que llevan a este problema de calidad, e implementar las acciones de mejora necesarias para conseguir una atención con niveles de calidad aceptables.

P197.– CAPTACION DE NIÑAS NO VACUNADAS DE VPH NACIDAS EN 1996 EN UN CENTRO DE SALUD.

GOMARIZ-HERRERO MJ, EGEA-CANO MA, BASTIDA-MUÑOZ MJ, NAVARRO-SANCHEZ MD, PASTOR-APARISI R, NAVARRO-SANCHEZ ME.

C.S. EL PALMAR. MURCIA.

OBJETIVOS:

La FDA ha aprobado dos vacunas para prevenir la infección VPH : Gardasil y Cervarix. Ambas efectivas en la prevención de infecciones persistentes provocadas por los tipos 16 y 18 del VPH, de alto riesgo y causantes de la mayoría de los cánceres de cuello de útero. Con su administración se evitarían muertes en mujeres jóvenes y de mediana edad. La Región de Murcia, siguiendo las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud, la incluyó en el calendario de vacunación para todas las niñas nacidas a partir de 1995. Con este estudio, nos proponemos conocer como ha sido la cobertura de la vacuna contra el virus del papiloma en las niñas nacidas en 1996 pertenecientes al C.S. El Palmar, y una vez obtenidos dichos resultados proceder a iniciar o completar la vacunación en aquellas que así lo precisen. Por tanto nuestros objetivos son: -Aumentar la cobertura de la vacuna VPH en niñas nacidas en 1996. -Completar el calendario vacunal de aquellas niñas que ya lo han iniciado. -Captar a las niñas no vacunadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la recogida de datos, se elaboró un cuestionario con la ayuda del responsable de los Servicios Municipales de Salud encargado del área de vacunas, el cual nos proporciono un listado de las niñas nacidas en 1996 incorrectamente vacunadas. Previa a la realización de esta encuesta se recogió información correspondiente a: datos personales y calendario vacunal de las niñas, a través del programa informático OMI, comprobando dichos datos poniéndonos en contacto con los Servicios Municipales Vacunales y captando a estas niñas mediante llamadas telefónicas, visitas domiciliarias y a través de los centros educativos. Una vez localizadas a las niñas y obtenido el consentimiento por parte de los padres, se le realiza la encuesta a los padres de

las niñas que no han sido vacunadas o lo fueron de forma incompleta, utilizando una entrevista personal o telefónica.

RESULTADOS:

-De las 40 niñas localizadas, el 40% fueron localizadas telefónicamente, el 2,5% a través de visita domiciliaria y el 5% en el colegio. El 4% de las niñas localizadas a las que le faltaba alguna dosis han acudido al Centro de Salud para completar la vacunación, y otro 4% la han iniciado. -El 20 % de las niñas no han sido localizadas, continuando su calendario vacunal incompleto el 12,5%.

DISCUSIÓN:

Con este estudio se ha conseguido aumentar la cobertura vacunal en las niñas nacidas en 1996 completando la vacunación de aquellas que la tenían incompleta, a pesar de la gran dificultad que nos hemos encontrado a la hora de localizar a las niñas, sobretodo de familias inmigrantes debido a los constantes cambios de domicilio y teléfono, agravados por la barrera idiomática. Sería necesario mejorar la actualización de los datos en OMI que facilite la comunicación del personal sanitario con el paciente. Así mismo, queremos resaltar la influencia negativa que han desarrollado los medios de comunicación a la hora de intentar persuadir a la población sobre la importancia de esta vacunación.

P198.– EL CAPITAL SOCIAL Y LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS EN LAS ORGANIZACIONES QUE IMPULSAN LA CALIDAD SANITARIA.

REYES-ALCÁZAR V, BOZA-RIVERA A, CARRASCO-PERALTA JA, TORRES-OLIVERA A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Aplicar la teoría del capital social para caracterizar las alianzas estratégicas de una organización orientada al impulso de la calidad sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Fases metodológicas: 1. Búsqueda en la literatura sobre fuentes del capital social y tipos de relaciones inter-organizativas. 2. Aplicación del marco conceptual al entorno de la organización. a) Caracterización de las fuentes del capital social. b) Identificación de los tipos de relaciones presentes en las alianzas de la organización.

RESULTADOS:

La matriz conceptual tiene dos aspectos: PRIMERO. El capital social es generado a partir de tres fuentes principales: la oportunidad, la motivación y la habilidad. SEGUNDO. Las relaciones inter-organizativas pueden ser de tres tipos: de mercado, jerárquicas y sociales. Caracterización de las fuentes de capital social en la organización Oportunidad: La Agencia se integra en una extensa red de relaciones sociales, con stakeholders externos con los que realiza intercambio colaborativo de conocimiento. Esta red incluye a las organizaciones pertenecientes al SSPA y a otros organismos internacionales cuya actividad está vinculada con la promoción de la excelencia en los servicios de salud. Motivación: En las alianzas se comparten intereses comunes basados en fomentar la mejora continua de gestión de la calidad sanitaria. Existe confianza relacional entre las partes generada por las normas, informes y códigos internos de funcionamiento, que garantizan la transparencia y ética profesional durante el intercambio. Habilidad: Las organización dispone de recursos como el conocimiento profesional, los Programas de Acreditación y los servicios de

los Observatorios para la calidad de la formación y para la seguridad del paciente. Tipología de la relación en la alianza Respecto al intercambio de Conocimiento Tácito (experiencias profesionales) y al Conocimiento Explícito (aplicaciones informáticas y manuales de acreditación), la tipología de la relación es Social y de Mercado. Respecto a cómo son los términos del intercambio, éstos son Específicos (bien definidos legalmente) y Simétricos (al realizarse entre organizaciones con similar posición social).

DISCUSIÓN:

El capital social es un concepto multidimensional, entendido como la red de relaciones que posee una organización y el nivel de acceso a los recursos que están incrustados en esa red. Por otro lado las alianzas estratégicas son un tipo de relaciones inter organizativas cuyo desarrollo es un proceso complejo que involucra múltiples atributos del capital social de las instituciones participantes. La motivación colectiva para la transmisión de conocimiento y la existencia de adecuados canales de comunicación, permiten fortalecer los vínculos a través de la red y facilitan el surgimiento de alianzas colaborativas. Para alcanzar con éxito alianzas estratégicas son necesarios la existencia de determinados atributos sociales relacionales, como la confianza mutua, las normas y los códigos de ética organizacionales.

P199.– EVALUACIÓN DEL PROCESO DE RECEPCIÓN Y ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE QUIRÚRGICO.

AMOR-LOPEZ FJ, ROMAN-GARCÍA J, DURAN-IBAÑEZ MM, MARIN-GALIANO E, GUIJARRO-SALVADOR A.

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE. CARAVACA DE LA CRUZ, (MURCIA).

OBJETIVOS:

Cualquier proceso quirúrgico supone para el paciente un grado variable de ansiedad y estrés, siendo el momento de contacto inicial con el área quirúrgica el momento de máxima intensidad. Este estado se ve influenciado en gran medida por la relación empática que se establece inicialmente con el equipo de enfermería de quirófano, lo que determina a su vez, el grado de tranquilidad y satisfacción percibido. Nos proponemos evaluar el proceso de recepción y atención inicial al paciente quirúrgico a través del análisis de la relación inicial establecida con el equipo de enfermería quirúrgica y de las medidas esenciales de verificación de la seguridad quirúrgica en el marco de una relación empática.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Se establecen 8 criterios que definen la calidad, con sus correspondientes aclaraciones y excepciones. Para evaluarlos se construye y valida una encuesta ad hoc.

- Unidad de estudio: paciente mayor de 18 años con plenas capacidades físicas, intelectuales y cognitivas y con adecuado manejo del castellano, sometidos a una intervención quirúrgica que precise ingreso hospitalario posterior.

- Se realiza un muestreo de conveniencia seleccionando pacientes hasta alcanzar una muestra de 30 casos.

- La encuesta se realiza 24-48 horas tras la operación.

- Se procede a un pilotaje y validación previo (pretest cognitivo) con 10 casos.

- Los datos se recogen y analizan en una hoja de cálculo de excel.

RESULTADOS:

1. El 50% (±17,9) de los pacientes son incapaces de identificar a la enfermera de quirófano como la primera persona que lo atiende a su llegada al área quirúrgica.

2. El 23% (±15,1) de los sujetos tiene que esperar para ser atendido.

3. La verificación de la seguridad quirúrgica por medio de una relación empática, alcanza el 85% de media.

4. La capacidad para resolver las dudas del paciente por la enfermera llega al 93% (±9,1).

5. Tras la relación con la enfermera de quirófano, el 75% (±15,9) de los pacientes se sienten más tranquilos y el 86% (±12) satisfechos.

DISCUSIÓN:

Se hace evidente la necesidad de mejorar aspectos de la atención como son la correcta identificación del equipo de enfermería que acoge inicialmente al paciente, así como, eliminar los tiempos muertos de espera para ser atendido. Existe igualmente margen de mejora en cuanto a los resultados en el paciente del establecimiento de esta relación empática, pudiendo mejorar la reducción de la ansiedad. Señalar aquellos aspectos que funcionan con un nivel de calidad aceptable, como son el chequeo de seguridad y la capacidad para resolver dudas por parte del personal de enfermería, para mantenerlos en estos niveles o mejorarlos si es posible. Por ultimo, recordar que la función de la enfermera es cuidar, y cuidar empieza por escuchar.

P200.– CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN ENFERMERO DE INFORMACIÓN AL USUARIO, EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

LOZANO-PASTOR VE, CARPENA-ORTEGA ME, HERNANDEZ-HERNANDEZ MJ, LOPEZ-MARTINEZ MJ, MARTINEZ-MARTINEZ A.

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. YECLA.

OBJETIVOS:

* Objetivo principal: - Instaurar un plan de información permanente del proceso asistencial en el servicio de urgencias. * Objetivos específicos: - Mejorar la calidad asistencial percibida por el usuario y familia. - Disminuir la ansiedad de pacientes, familiares y/o acompañantes producida por el tiempo de espera y desconocimiento del funcionamiento del servicio. - Detectar problemas y situaciones de riesgos (problemas sociales y/o burocráticos) - Establecer una comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios y los usuarios del servicio de urgencias. - Clasificar diagnósticos de enfermería según la NANDA relacionados con actividades derivadas de la información que, a su vez, forma parte del proceso asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

* Material: - Hoja de registro del Servicio de información al usuario. - Libro de incidencias para el personal sanitario del Servicio. - Bloc de sugerencias y reclamaciones. - Flujograma informativo. * Método: - Información y asesoramiento sobre el funcionamiento del Servicio a la recepción y acogida del paciente. - Información y asesoramiento en las diferentes etapas del proceso (tiempos de espera, pruebas complementarias, tratamientos…) - Información y asesoramiento en un intervalo no superior a 2h sobre la evolución del paciente. - Información en el momento de la resolución clínica del proceso.

RESULTADOS:

- Se implanta un servicio de información como soporte y apoyo del proceso asistencial. - Mejora de la calidad asistencial percibida por el usuario y familia. - Disminución de la ansiedad de los familiares producida por el tiempo de espera y la falta de noticias sobre la situación de su ser querido. - Aumento del conocimiento sobre el

funcionamiento del Servicio. - Detección de problemas y situaciones de riesgo por parte del personal sanitario. - Se establece una comunicación eficaz entre profesionales sanitarios y usuarios.

DISCUSIÓN:

La información sanitaria es un derecho que posee el paciente y una obligación del personal sanitario dirigida a obtener el consentimiento informado y proporcionar información general sobre el proceso asistencial por parte de enfermería al usuario del Servicio. Desencadena un proceso de comunicación (verbal y no-verbal) que produce una continua interacción e intercambio de información entre el personal sanitario, el paciente y sus familiares o allegados. La información ha de comunicar de modo adecuado, veraz, con terminología comprensible… informando al familiar si disponemos del consentimiento del paciente. El deber de información queda incluido como parte del tratamiento asistencial, a la vez que constituye un deber vinculado a la lex artrix, por lo que los profesionales del Servicio de Urgencias deben participar en la implantación de la información al paciente y familia con la finalidad de equiparar la calidad asistencial con la calidad percibida.

P201.– ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y TOMA DE DECISIONES.

SÁNCHEZ-QUILES IM, VENTURA-LÓPEZ M, IRANZO-FERNÁNDEZ MD, TITOS-ARCOS JC, SORIA-ALEDO V, JÁRA-PEREZ P.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es analizar la calidad en el proceso de evaluación y selección de medicamentos en la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), de un hospital de segundo grado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de las actas redactadas en las reuniones de la CFyT durante el periodo 2006-2010, de un hospital de 400 camas. Las indicadores establecidos son: C1: porcentaje de asistencia a las reuniones por año (estándar 70%). C2: Cumplimentación de la guía GINF (guía para la inclusión de nuevos fármacos, modelo actual para el procedimiento de evaluación) en los apartados siguientes: indicaciones, estudios de eficacia, seguridad y efectividad, coste e impacto económico del medicamento solicitado (estándar 90%) e inclusión de protocolo de uso (estándar 65%). C3: Porcentaje de medicamentos incluidos con guía GINF de baja utilidad terapéutica (estándar 0%). C4: Tiempo transcurrido entre la solicitud de evaluación y la decisión (se considera adecuado cuando es menor a 3 meses, restando periodos de vacacionales: julio, agosto, septiembre y diciembre). Los datos fueron explotados a través del programa informático Excel®.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio el porcentaje de asistencia media por reunión, fue del 73%. El porcentaje de cumplimentación de los diferentes apartados de la guía GINF fue mayor del 90%, a excepción de: número de pacientes al año susceptibles de ser tratados con el medicamento evaluado (80,5%) y la inclusión de protocolo de uso (17%). El porcentaje de medicamentos incluidos con guía GINF de baja utilidad terapéutica fue del 0%. El tiempo medio

transcurrido entre la fecha de entrega de la GINF por el solicitante y la decisión tomada por la CFT fue de 74,6 días (menor de tres meses en el 100%).

DISCUSIÓN:

- El porcentaje de asistencia a las reuniones de la CFT, cumple con el criterio establecido. - Existe una calidad alta de cumplimentación de la Guía GINF, aunque cabe destacar la carencia de aportación de protocolos de uso como un campo de mejora. - No se ha incluido ningún medicamento de baja utilidad terapéutica mediante guía GINF. - El tiempo transcurrido desde la fecha de solicitud y la de evaluación en el 100% de los casos, es adecuado.

P202.– EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO.

SÁNCHEZ-QUILES IM, TITOS-ARCOS JC, VENTURA-LÓPEZ M, MOLINA-GUILLÉN P, LEÓN-VILLAR J, IRANZO-FERNÁNDEZ MD.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluación del impacto producido por la implantación de un sistema automático de dispensación de medicamentos (kardex®) sobre la calidad del proceso de llenado de carros en dosis unitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de evaluación y mejora de los errores de dispensación detectados en el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria. Fase de evaluación: Durante seis meses en un hospital de 400 camas era revisado diariamente un carro de unidosis al azar. Los errores detectados eran clasificados y registrados en los siguientes items: ausencia de medicamento, cambio de medicamento, error de dosis, error de vía, faltan unidades, presencia incorrecta de medicamento, sobran unidades, tratamiento del paciente anterior, otros. Tras la implantación de la medida de mejora (sistemas semiautomáticos de dispensación tipo Kardex ®) procedemos a realizar una segunda evaluación. Finalmente, realizamos una estadística descriptiva con estimación del intervalo de confianza (confianza de 95%) y prueba de la Z de comparación de proporciones (una cola) para el indicador de dosis dispensadas correctamente.

RESULTADOS:

Fase de evaluación

- Dosis dispensadas correctamente: 26.853 (96,83 ± 0,2) de un total de 27.733 unidades dispensadas.

- Tipo de error: Ausencia de medicamento 250(28,41% ± 0,5), faltan unidades 205(23,30% ± 0,5), sobran unidades 166(18,86% ± 0,5), cambio de medicamento 89(10,11% ± 0,4), presencia incorrecta de medicamento 63(7,16% ± 0,3), error de dosis 53(6,02% ± 0,3), error de vía

49(5,57% ± 0,3), tratamiento del paciente anterior 4(0,45% ± 0,08), otros 1(0,11% ± 0,08).

Fase de mejora

- Dosis dispensadas correctamente: 17.971(99,84% ± 0.06) de un total de 18.000 unidades dispensadas.

- Tipo de error: Ausencia de medicamento 8(27,59% ± 0,7), faltan unidades 4(13,79% ± 0,5), sobran unidades 9(31,03% ± 0,7), cambio de medicamento 0%, presencia incorrecta de medicamento 4(13,79% ± 0,5),error de dosis 1(3,45% ± 0,3), error de vía 3(10,34% ± 0,4), tratamiento del paciente anterior 0%, otros 0%.

El valor de z para el total de dosis dispensadas correctamente antes y después de kardex fue de 0,3 ($p<0,01$).

DISCUSIÓN:

- El número de errores totales de dispensación desciende de forma significativa tras la implantación del Kardex®, favoreciendo así la seguridad del paciente. - Al analizar los tipos de errores se observa que descienden notablemente los errores relacionados con el cambio de medicamento.

P203.– ENDOSCOPIA: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES QUE SE REALIZAN ESTA TÉCNICA.

CARRIÓN-GARCÍA F, BAÑOS-MADRID R, NAVARRO-GARCIA I, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, MARTINEZ-GARCIA P, MORÁN-SÁNCHEZ S.

COMPLEJO UNIVERSITARIO. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Hemos detectado que los pacientes que acuden a realizarse una endoscopia digestiva tienen poca información sobre esta prueba (desconocen por qué se la piden, alternativas a la prueba, complicaciones, preparación...). Nuestro objetivo es evaluar la dimensión del problema mediante una autoevaluación prospectiva para posteriormente aplicar un ciclo de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se describen seis criterios con sus correspondientes aclaraciones y excepciones y se evalúa la accesibilidad a la información verbal y escrita por parte del paciente antes y después de realizarse una endoscopia digestiva. La unidad de estudio la constituyen los pacientes que acuden a realizarse esta técnica y se aplica un cuestionario de recogida de datos en junio 2010 (100 casos). Posteriormente, se aplican las acciones de mejora detectadas (hoja informativa, recomendaciones escritas, adjuntar consentimiento informado...) de septiembre a noviembre de 2010, realizándose una segunda evaluación en diciembre de 2011.

RESULTADOS:

Se realiza un estudio estadístico univariante y test de la chi-cuadrado para comparar dos proporciones (niveles de cumplimiento de cada criterio en las dos evaluaciones) considerando que hay significación estadística si $p < 0,01$) en tres criterios.

DISCUSIÓN:

Este estudio se puso en marcha con la finalidad de mejorar la atención médica del paciente y mejorar el nivel de información antes de la realización de una endoscopia digestiva. Nuestra intención ha sido mejorar las deficiencias

encontradas como consecuencia de la excesiva demanda asistencial que impide atender de forma adecuada a todos nuestros pacientes. Resulta indispensable desarrollar estrategias de información que ayuden al paciente a aproximarse al profesional de la medicina y le permita formular con toda confianza cuantas preguntas necesite resolver en torno al proceso del que esté siendo tratado, para lo cual es necesario mejorar y hacer accesible a la comprensión los documentos de consentimiento informado, las hojas de recomendaciones para acudir a la prueba y, lo más importante, la comunicación médico-paciente.

P204.– CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PÓLIPOS GÁSTRICOS. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO.

CARRIÓN-GARCÍA F, NAVARRO-GARCÍA I, BAÑOS-MADRID R, SORIA-ALEDO V, MORÁN-SÁNCHEZ S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARIA DEL ROSELL. MURCIA.

OBJETIVOS:

Los pólipos gástricos se caracterizan por la escasez de manifestaciones clínicas que orienten, habitualmente, hacia un diagnóstico de presunción. En general, los síntomas de los pólipos estarán condicionados por su tamaño y localización así como por sus características macro y microscópicas. Algunos autores propugnan establecer el diagnóstico diferencial de los pólipos gástricos en base al material obtenido de la toma de biopsias de dichos pólipos, lo que deberá llevar a la actitud a seguir en cada caso: tratamiento quirúrgico, polipectomía endoscópica, seguimiento endoscópico periódico o, incluso, omisión de nuevos controles. Nuestro objetivo es elaborar un protocolo que evite gastroscopias innecesarias ya que no es una prueba exenta de riesgos y que determine además, de acuerdo a las guías científicas el período de seguimiento basandonos en los hallazgos clínicos y de anatomía patológica según se trate de pólipos adenomatósos, hiperplásicos y/o de glándulas fúndicas. Algunos de estos tipos si se lleva a cabo el protocolo no precisarán ningún control posterior evitando así incómodas gastroscopias al paciente que no lo precisa, mejorando la calidad y evitando gastos innecesarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para diseñar el protocolo tuvimos que definir el nivel de atención (hospitalaria), que tipo de actividad íbamos a protocolizar (detección, diagnostico y adecuado manejo del diagnóstico de pólipos gástricos) y listado de profesionales implicados (médicos de familia, cirujanos y digestivos). Posteriormente, nombramos un responsable para el desarrollo del proyecto y elaboramos un cronograma para su realización. El cronograma incluía una primera fase de elaboración, donde se formuló el problema y se buscó la mejor evidencia científica, realizando una valoración crítica

jerarquizada de la evidencia y su consiguiente fuerza de recomendación. Después, la evidencia se tradujo a recomendaciones y éstas fueron discutidas con los profesionales implicados. Una vez hecho esto, se realizaron las modificaciones pertinentes y pasamos al pilotaje del protocolo.

RESULTADOS:

El resultado fue que los pacientes que acudían a realizarse una gastroscopia y se diagnosticaban de pólipos gástricos (criterios clínicos y de anatomía patológica) se sometían a un algoritmo terapeútico según la evidencia científica existente, y como consecuencia, se evitaban polipectomías o tratamientos inadecuados.

DISCUSIÓN:

La elaboración de un protocolo de seguimiento de pólipos gástricos en nuestro hospital es un instrumento de diseño de la calidad, útil para la toma de decisiones y guía para la evaluación de la calidad.

P205.– EXPERIENCIA FORMATIVA INTERNA COMO MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO.

RODRÍGUEZ-MONDÉJAR JJ, INIESTA-SÁNCHEZ J, SÁNCHEZ-PRIETO MA, MARTÍNEZ-OLIVA JM, RABADÁN-ANTA MT, ARMERO-SÁNCHEZ MC.

HGU REINA SOFIA DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

El conocimiento y la formación específica en los servicios especiales es de gran interés para asegurar unos cuidados de calidad y "seguros" para el paciente por ello se ha organizado un curso extenso para las enfermeras que quieran trabajar en la unidad de críticos de nuestro centro. Objetivo: Mejorar el conocimiento y la aplicación de los procedimientos de UCI . Reducir los efectos adversos en la práctica enfermera con los pacientes críticos. Aumentar la seguridad en el manejo de los fármacos más usados en UCI. Elevar el nivel de calidad de los registros y cuidados prestados en UCI por el personal sustituto y de menor experiencia en el manejo del paciente crítico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Curso de 100 horas teórico-práctico. Población: dirigido a profesionales de enfermería con contrato en el centro y que quieran prestar servicio en UCI. Lugar: aula de formación, y prácticas en una UCI polivalente de 12 camas en un H.G. Universitario. Temporalidad: 6 meses (enero a junio-11). Dimensión de la calidad que potencia: la científico-técnica y la de seguridad del paciente. Fuerzas a favor: Existe compromiso de dirección de facilitar el acceso de estos alumnos a UCI en periodos estivales o largos.

RESULTADOS:

34 profesionales inscritos, de los que abandonan 6, trabajan actualmente en diálisis, equipo volante, UCI, medicina interna, y turnos de noches fijas de todo el centro. Profesores participantes del servicio 14 de las 22 enfermeras de plantilla. Horas teóricas realizadas 44 en 11 clases presenciales. Preguntas test contestadas (en casa antes de cada tema) en relación a los 22 temas y procedimientos incluidos en la formación. 56 horas de prácticas en UCI cada alumno, con pacientes reales y situaciones diversas (8 días

distintos de forma presencial). Confirmado por dirección que al menos 3 profesionales irán al servicio de los 6 que se precisan para el verano, y 2 pendientes de confirmar. Se ha generado mayor equipo y cultura de la docencia en el servicio dada la participación e implicación de la mayoría de profesionales.

DISCUSIÓN:

Se ha implementado una alternativa válida para cubrir las necesidades de profesionales de enfermería formados y motivados para trabajar en UCI (al menos a corto plazo). Se ha implicado un grupo importante de profesionales de la unidad de críticos, suponiendo también un reto docente para muchos de ellos. Se ha generado un curso teórico-práctico equilibrado y novedoso por su metodología, duración y finalidad concreta.

P206.– VALORACIÓN DEL PUNTO DE CORTE EN UN CRIBADO DE CÁNCER DE COLON.

GARCÍA-ROCAMORA MD, GÓMEZ-GÓMEZ AE, CRUZADO-QUEVEDO J, TORRELLA-CORTÉS E, PÉREZ-RIQUELME F, PÉREZ-MARTÍNEZ A.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Desde el año 2006 se realiza en nuestro Laboratorio la determinación de Hemoglobina en Heces (SOH), como prueba de cribado poblacional para el programa de prevención de Cáncer de Colon y Recto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM). Está dirigido a personas entre 50 y 69 años, siendo en los dos primeros años un proyecto piloto. Se recogen dos muestras en días consecutivos y el punto de corte se establece en 100ng/ml. Si una de las muestras es mayor a este valor la prueba de confirmación diagnóstica es la colonoscopia y si las dos muestras son menores al valor del punto de corte se repetirá la prueba con una periodicidad bianual. El objetivo es el seguimiento de pacientes cuyo resultado de la SOH está cerca del umbral de corte y no han sido derivados a colonoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La determinación de SOH se lleva a cabo a través de un método inmunoquímico cuantitativo automatizado en el que se utiliza los reactivos FOB GOLD (Sentinel Diagnostic) distribuidos por Izasa. Se realiza un estudio con los 6536 pacientes que participaron en el programa durante el año 2006, de los cuales 117 obtienen resultados menores de 100ng/ml en las dos muestras recogidas, con al menos uno de ellos cerca del umbral de corte, estableciéndose el intervalo de estudio entre 80 y 100 ng/ml.

RESULTADOS:

: De los 117 pacientes 23 se excluyen del programa por alcanzar la edad límite y 20 rechazan seguir participando, 74 repiten a los dos años recogida de muestras de los cuales 20 obtienen al menos un resultado mayor a 100 ng/ml. A estos 20 pacientes se les realiza la colonoscopia y se diagnostica 1 adenocarcinoma mucinoso, 1 adenocarcinoma, 4 neoplasias de alto grado, 7 adenomas de alto riesgo, 6 adenomas de

bajo riesgo y 1 colonoscopia sin patología neoplásica. Referido a los 74 pacientes seleccionados para el estudio, el 2,7% tiene como diagnóstico adenocarcinomas incluyendo el mucinoso y el 5,4% neoplasias de alto grado, descartamos los adenomas por considerarlos lesiones precancerosas que posiblemente no se detectarían dos años antes y que no requieren en principio tratamiento terapéutico posterior.

DISCUSIÓN:

Según los resultados, el método cuantitativo utilizado es efectivo para establecer dentro de los valores negativos, es decir inferiores a 100 ng/ml, un subgrupo de pacientes que son seleccionados por encontrarse cerca del punto de corte. Los hallazgos encontrados son suficientemente importantes como para estudiar la posibilidad de acortar el tiempo de repetición de la prueba de SOH, beneficiándose de la detección de lesiones cancerosas antes de los 2 años establecidos por el programa.

P207.– NO CONFORMIDADES INTERNAS DETECTADAS EN UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

CALVIN-LAMAS M, FEAL-CORTIZAS B, GARCIA-QUEIRUGA M, ELBERDIN-PAZOS L, GARCIA-MARQUEZ S, MARTIN-HERRANZ MI.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

La Gestión de la Calidad es una línea estratégica dentro de la gestión del hospital. En este marco, el servicio de farmacia (SF) se encuentra certificado por la norma ISO 9001:2008, desde el año 2005. En base a esta Norma, cuando se detecta una desviación de la calidad en un proceso, se hace necesaria la apertura de un informe de calidad. El objetivo de este trabajo es describir las no conformidades (NC) internas detectadas en el sistema de gestión de calidad en un SF hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo con recogida de datos retrospectiva durante el período 2004 a 2010 en un servicio de farmacia hospitalaria, del 100% de las NC detectadas en el sistema de gestión de calidad, incluyendo las observadas en las auditorías internas. Se excluyeron las NC originadas en las auditoras externas llevadas a cabo por el organismo certificador. Fuente de datos: informes de calidad de NC. Se han categorizado en 10 grupos. Cada NC está documentada en un informe de calidad que incluye: descripción, análisis causal, acción propuesta, verificación de la eficacia de la implantación de la acción, fecha de cierre y responsable.

RESULTADOS:

Durante 7 años, se han registrado 225 no conformidades internas que dieron lugar a 225 informes de calidad. El 57,8% se detectaron en las auditorías internas anuales, siendo el área de gestión farmacoeconómica la más implicada con el mayor número de no conformidades (24/130). El 42,2% se detectó en el seguimiento de los cuadros de mandos de indicadores, objetivos y análisis de las incidencias detectadas en el trabajo asistencial, siendo la desviación de indicadores con respecto al resultado planificado, la causa del mayor número de no conformidades

(30/95). La clasificación de las NC es la siguiente: área de gestión farmacoeconómica=38, indicadores con resultado inferior al planificado=37, incumplimiento PNTs=30, área de farmacotecnia, nutrición parenteral y citostáticos=21, incidencias en dispensación de medicamentos=18, mantenimiento y calibración de equipos=18, desviaciones en el control de temperatura o temperaturas no registradas=13, farmacocinética=12, incumplimiento de objetivos de calidad= 10, incidencias en la formación de alumnos de prácticas tuteladas, residentes y formación profesional=4,otras=24. La evolución del número de no conformidades por años fue: 2004=41, 2005=55, 2006=33, 2007=29, 2008=29, 2009=23, 2010=15.

DISCUSIÓN:

Los informes de calidad de las no conformidades detectadas permiten analizar las causas y realizar el seguimiento de la eficacia de las acciones correctivas propuestas, siendo una herramienta más para la mejora continua. El mayor número de no conformidades fue detectado en las auditoría internas anuales del sistema de gestión de calidad, correspondiendo a los procesos esenciales del SF. En la evolución anual, se observa una tendencia a la disminución del número de no conformidades que relacionamos con la consolidación del sistema de gestión de la calidad.

P208.– ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LAS INTER CONSULTAS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE A. P.

MORALES-JIMENEZ F, ROYO-MORALES G, SEVILLA-HERNANDEZ E.

C A P RANERO. MURCIA.

OBJETIVOS:

La actividad asistencial de nuestra unidad de fisioterapia en A. P. engloba cuatro Zonas básicas de salud atendiendo la demanda generada desde los profesionales capacitados para su derivación que son los Médicos de Familia. Ante la percepción de un incremento de demanda por parte de 2 de estas zonas y la importancia de la patología derivada se realiza un análisis desde nuestra unidad se propoen los siguientes objetivos. Describir la evolución de la demanda generada por parte de los Facultativos implicados en estas Zonas de Salud durante dos periodos en el tiempo. Determinar la influencia del aumento por parte de una Z.B.S: más que de otra. Definir el nivel de importancia de la solicitud. Poder cuantificar el perjuicio (si lo hubiese) de unos usuarios con respecto a otros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo comparativo de la evolución de las ínter consultas derivadas desde estas cuatro ZBS y atendidas por parte de nuestra Unidad de Fisioterapia durante el periodo comprendido entre enero-abril de 2010 ; enero- abril de 2011. Estas ínter consultas se clasifican por ZBS y tipo de consulta (ordinaria, preferente, en IT.) Hay que dejar claro que la ZBS nº 3 y 4 no son del Área sanitaria a la que pertenece la Unidad de fisioterapia que atiende las ínter consultas de dichas zonas, luego los hospitales de referencia no son los mismos.

RESULTADOS:

Durante el periodo descrito del 2010 fueron atendidas 128 nuevas ínter consultas de las cuales 28 fueron de ZBS nº1, (4 IT, 5 pref., 19 ord.); 32 de ZBS nº 2 (4 IT, 7 pref., 21 ord.); 30 de ZBS nº 3 (5 IT, 9 pref., 16 ord.); 38 de ZBS nº 4 (3 IT, 10 pref., 25 ord.). Durante el periodo que incluimos del 2011 fueron atendidas 192 nuevas ínter consultas de las cuales han sido 35 ZBS nº1 (6 IT, 10 pref., 19 ord.); 38

ZBS nº2 (5 IT., 7 pref., 26 ord.); 41 ZBS nº3 (4 IT, 7 pref., 30 ord.); 78 ZBS nº 4 (5 IT., 18 pref., 55 ord.).

DISCUSIÓN:

Las demandas en el periodo del 2011 aumentaron considerablemente con respecto al 2010. Por Zonas Básicas de Salud todas crecieron, pero la nº 4 incremento el doble su volumen de demanda. Esto puede deberse a múltiples factores, uno muy importante fue el hecho de realizarse un concurso de traslados dentro del personal sanitario tanto en Médicos de Familia como en Fisioterapeutas, por lo cual solo podemos reflejar dicho aumento sin dejar una causa justificada. Otro motivo no cuantificable en este análisis pero muy importante seria la descrita por los propios pacientes y en ocasiones por los propios Facultativos de las ZBS nº 3 y 4, es la gran demora en atender las ínter consultas en el Servicio de RHB del Hospital de referencia de su Zona, y para salvar este problema derivan erróneamente a esta Unidad de fisioterapia aumentando así el nº de ínter consultas y el tiempo de demora en la atención de las mismas.

P209.– UNA EXPERIENCIA DE COMPROMISO COLECTIVO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

GARRIDO-FILGUEIRAS MJ, CANDIA-BOUSO B, GARCÍA-FRAGUELA B, CERNADAS-ARCAS I, DOMÍNGUEZ-GUILLÉN I, GUTIÉRREZ-ESTOA M.

CHUAC. LA CORUÑA.

OBJETIVOS:

Describir el compromiso de los trabajadores del CHUAC con la Seguridad del Paciente (SP). Valorar la "cultura de seguridad" en nuestra organización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el año 2010, con el impulso de la Dirección, avanzamos hacia una mayor "cultura de seguridad". Con el compromiso de los trabajadores logramos implantar diversas líneas de acción en SP. Desde el área de Calidad dinamizamos: Prevención BRC, UPP, Identificación pacientes, Plan Integral Calidad 2010, y objetivos de los Servicios. En 2010, la auditoría "SÉNECA", resalta como área de mejora: "la comunicación interna". Según el Plan de Calidad 2010, organizamos una Jornada Interna de Calidad: "La Seguridad del Paciente", para difundir e integrar los esfuerzos realizados para la mejora de la SP. Con el área de Formación elaboramos la estrategia de difusión. Procuramos la participación de diferentes enfoques de trabajo, de equipos y grupos del CHUAC, con la participación activa de la Gerencia y la Dirección. Se presentó la Política de Calidad, Plan de Calidad, Plan de Seguridad del HAL, Líneas de Acción en SP, Normas de Calidad y de Gestión de Riesgos Clínicos, SG Calidad certificados relacionados con la SP, Comisiones Clínicas y SP, Grupos de Mejora y SP. Se acredita la Jornada por el Sistema Acreditador de la CCAA (1,5 créditos. 6h). Es requisito de inscripción: cumplimentar previamente la Encuesta de Seguridad de Pacientes a Profesionales (ESPP) validada por el MSPS, y Cuestionario de conocimientos.

RESULTADOS:

En enero 2011 se celebra la Jornada Interna de Calidad para todos los trabajadores. La respuesta fue muy favorable. Los ponentes se esforzaron en ofrecer aspectos prácticos de sus trabajos para la SP, y los asistentes resultaron muy satisfechos con los contenidos. Se inscribieron 300

trabajadores en una semana, y cumplimentaron la ESPP y el Cuestionario.

DISCUSIÓN:

En un corto espacio de tiempo, un elevado número de trabajadores respondieron a la convocatoria de la Jornada de Calidad sobre SP. Todos los profesionales a los que se les ofreció participación se interesaron por realizar una exposición. La limitación del tiempo obligó a limitar las presentaciones. Conseguimos acercar las líneas de SP a un gran número de trabajadores, y a la vez disponer de su percepción sobre la SP, y hacer partícipes de la SP a profesionales sanitarios y no sanitarios. La valoración global de los asistentes sobre la SP en el CHUAC fue de un 7 sobre 10. La mayoría considera que a veces no se presta mejor atención porque la jornada es agotadora. La mitad de los profesionales opina que no hay personal suficiente para la carga de trabajo, y refieren que cuando se detecta un "fallo" se llevan a cabo medidas apropiadas para que el error no ocurra de nuevo. Podemos concluir en nuestra presentación que, la Cultura de Seguridad en el CHUAC es un hecho. Nuestro esfuerzo debe seguir dirigiéndose a difundir, integrar y coordinar nuestros esfuerzos en las acciones contempladas para la Seguridad de los Pacientes.

P210.– MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS.

VARELA-SOTO BG, MENDOZA-RUIZ MC, TEJADA-HAFFMAN AI, DIEZ-DE DIEGO A, MARTINEZ-MATIENZO I, AGUAYO-GREDILLA FJ.

HOSPITAL DE BASURTO. BILBAO.

OBJETIVOS:

La gestión de los residuos es un apartado importante y a menudo poco apreciado en la gestión global de los laboratorios clínicos. En nuestro laboratorio, se generan diferentes residuos: de origen químico (reactivos), biológicos (orinas, sangre, etc.) y basura común (plástico, papel, etc.). Están regulados en nuestra legislación por la Ley de 10/1998, el real decreto 952/1997 y las normas de Bioseguridad establecidas (resolución 970/1995), así como normas autonómicas específicas. Estos residuos a menudo no se descartan en los contenedores adecuados. Así, por ejemplo, es frecuente utilizar los contenedores rígidos para descartar puntas de pipetas, tapones, guantes y otros residuos no cortopunzantes. No existen actualmente bolsas rojas en el laboratorio de urgencias y las bolsas negras reciben residuos potencialmente infecciosos y tóxicos. El objetivo de este trabajo es mejorar la ubicación de los recipientes de los diferentes residuos, facilitando al equipo de trabajo la clasificación de los mismos y así optimizar su reciclaje.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se forma un equipo formado por el facultativo jefe de la unidad y cinco técnicos de laboratorio. Se estudian los desechos que producimos en la unidad, y el destino habitual de los mismos. Se elabora un mapa de la ubicación de los distintos contenedores actuales, y a partir de un estudio de necesidades y de ubicación se elabora una propuesta de mejora.

RESULTADOS:

Clasificación de los desechos : 1.- Comunes : (Biodegradables, Reciclables, Inertes y Ordinarios) 34% 2.- Biomédicos: (Biológicos, Tóxicos y cortopunzantes) 66% La dotación actual de contenedores de la Unidad es de 3 contenedores de bosas negras, 2 contenedores pequeños de

basura común y 6 contenedores de residuos cortopunzantes medianos. Esta dotación es claramente inadecuada, ya que hay muchos contenedores para residuos comunes y biomédicos cortopunzantes, y pocos para residuos biológicos y tóxicos. A partir de los datos recogidos, se elabora la siguiente propuesta: PROPUESTA: * 2 Contenedores de cartón para papel (zona recepción y validación) * 1 Contenedor grande de plástico (bolsas Negras) en la zona de recepción. * 2 Contenedores de bolsa roja (material infectado): uno en la zona de bioquímica, y otro en la zona de coagulación y orinas. * 3 Contenedores para objetos punzantes: uno en la zona de gasometrías, otro en la de pruebas manuales, y un tercero pequeño en la campana de microbiología.

DISCUSIÓN:

1.- La información de los distintos contenedores a todo el equipo es imprescindible para su correcta utilización 2.- Acercar los recipientes adecuados al lugar donde se producen los desechos mejora la recogida colectiva. 3.- Resulta muy importante concienciar al personal en la correcta gestión de los residuos para adaptarse a las normas vigentes, pero sobre todo para conseguir un aprovechamiento racional de los recursos y en definitiva un mundo mejor.

P211.– DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: "EXPLORANDO NUEVAS ESTRATEGIAS".

DOMÍNGUEZ-GUILLÉN I, FERNÁNDEZ-GARCÍ C, CERNADAS-ARCAS I, GARCÍA-FRAGUELA B.

CHUAC. LA CORUÑA.

OBJETIVOS:

Describir las estrategias aplicadas para mejorar la difusión de los Protocolos del Centro entre los profesionales de enfermería. Interpretar el resultado de las dos estrategias en la difusión de los Protocolos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para mejorar la difusión de los Protocolos de Prevención y Cuidados de Enfermería en el Centro, la Comisión de Protocolos propone realizar reuniones informativas de 1 hora, en las Unidades de hospitalización. Posteriormente, se ensaya una nueva estrategia para alcanzar mayor compromiso y motivación de los profesionales para asistir a las sesiones. Se contempla la organización de sesiones acreditadas de 2 h, en horario laboral, para gran número de asistentes, en un marco de compartir expectativas, en un salón general; se organizan para grandes bloques asistenciales: área quirúrgica, médica y de críticos. Se solicita acreditación al Sistema Acreditador das Profesións Sanitarias da CCC.AA de Galicia (0,4 créditos).

RESULTADOS:

En las reuniones intraunidad, participaron una media de 10 profesionales. A cada una de las 6 reuniones celebradas, acudió un 35% de los profesionales de la unidad. El elevado esfuerzo del área de Formación y de la Unidad no consiguió la participación generalizada de los profesionales, a pesar de ser “reuniones formativas a medida”. Se consideró que no era eficiente extender esta estrategia de formación. Se planteó una nueva estrategia, con un enfoque global para lograr mayor participación, y en un marco para compartir expectativas y experiencias. La asistencia media a cada una de las sesiones fue de 100 profesionales, y se realizaron 4 sesiones en el Salón de Actos. La satisfacción de los asistentes fue elevada. Además de los conocimientos adquiridos, las sesiones dirigidas a grupos más numerosos

facilitaron la interacción entre profesionales de las diferentes unidades.

DISCUSIÓN:

Con la nueva estrategia de difusión del conocimiento, compartiendo expectativas y experiencias a través de sesiones acreditadas y celebradas en un salón de actos, se consiguió una participación 10 veces mayor que en las reuniones celebradas en las unidades. En contra de lo supuesto inicialmente, la celebración fuera de la unidad favoreció una mayor participación. La difusión de Protocolos movilizó a un elevado número de profesionales. Concluimos y proponemos para la difusión del conocimiento: sesiones por grandes bloques de asistencia; convocatoria en lugares de gran aforo; orientación práctica de las sesiones, condensando la información y centrándola en expectativas, necesidades y prioridades de los profesionales (acreditación-carrera profesional, corta duración, aplicación inmediata de los contenidos, facilitación de las tareas diarias de los profesionales).

P212.– APRENDIZAJE COMPARTIDO: INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD EN ENTORNOS VIRTUALES COLABORATIVOS.

ESPOSITO-GONFIA TH, PERIÁÑEZ-VEGA MA.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

El Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud trabaja para ofrecer a los profesionales de la salud herramientas y espacios que faciliten la aportación y difusión de recursos de aprendizaje útiles para el desarrollo de sus puestos de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han diseñado e implementado herramientas web que favorecen la generación y difusión de buenas prácticas en el ámbito de la salud, a través de iniciativas como: - Portal colaborativo que cuenta con un circuito de validación on-line para recoger las experiencias de los profesionales y compartirlas con el resto de usuarios en forma de objetos de aprendizaje descargables. - Registros online y buscadores web de docentes y entidades formativas como espacios de encuentro y de contacto entre profesionales y organizaciones que trabajen en el ámbito del aprendizaje y la docencia. - Canales de comunicación en la web social para propiciar la interacción y la colaboración sobre temas de interés en el ámbito de la salud.

RESULTADOS:

Durante 2010, 445 experiencias fueron compartidas en el portal web del Observatorio, que registró 10.436 visitas y más de 6,513 descargas. Los canales de comunicación del Observatorio en la web social han permitido incrementar la difusión de estas experiencias entre los usuarios: 7.236 visitas en la página de Facebook, 145 seguidores en Twitter, 2.811 visualizaciones de documentos publicados en Slideshare y 64 enlaces compartidos en Delicious.

DISCUSIÓN:

El Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud favorece el uso de recursos abiertos y compartidos, y promueve la difusión de experiencias de éxito entre los

profesionales. La puesta a disposición de herramientas colaborativas facilita el aprendizaje compartido e incrementa el nivel de participación de los usuarios, favoreciendo la difusión de experiencias y permitiendo aprender de los logros de los demás.

P213.– IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO METODO DE DETERMINACIÓN DE TROPONINA: PROCESO DEL CAMBIO.

MENDOZA-RUIZ C, VARELA-SOTO BG, MARTINEZ-MATIENZO I, TUEROS-GOMEZ M, AGUAYO-GREDILLA FJ, EGUILEOR-GURTUBAY M.

HOSPITAL DE BASURTO. BILBAO.

OBJETIVOS:

La determinación de Troponina (TN), es un dato básico en el diagnóstico del paciente con sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM). Las técnicas de determinación de TN han ido evolucionando, habiendo aparecido en el mercado un nuevo método ultrasensible (TNT-us) que incluye numerosas mejoras respecto al anterior (TNT-4g). El objetivo de este estudio es describir el proceso de sustitución de la TNT-4g por la TNT-us en nuestro laboratorio, enumerando las diferentes etapas del cambio y las medidas que se tomaron.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se forma un grupo de trabajo compuesto por el jefe del servicio de laboratorio, el jefe de la unidad de urgencias del laboratorio y cuatro técnicos especialistas de laboratorio. Se analizan las características diferenciales de los dos métodos, y se diseña la evaluación analítica de la nueva TNT-us (Roche) frente a la TNT-4g (Roche) que se empleaba en aquel momento. Se estudia el formato del informe analítico para poder diseñar los cambios necesarios. Se analizan las distintas guías clínicas y fuentes bibliográficas referentes a la TN (Medline 1990-2011) y se estudian también las implicaciones del cambio sobre el facultativo peticionario.

RESULTADOS:

Los dos métodos estudiados diferían fundamentalmente en el límite de detección y la precisión, por lo que se decidió evaluar específicamente estas características. La TNT-us fue capaz de determinar concentraciones de TN en el 76 % de los pacientes con TNT-4g indetectable, y además la precisión intra e interdía fue < 5%, evidenciándose su superioridad analítica. El informe de laboratorio precisaba de diversos cambios: cambio de unidades (ng/L en lugar de ng/mL) y (fundamentalmente) se necesitaba un algoritmo diagnóstico útil para el clínico, para lo que se revisó la bibliografía

disponible. Se hizo evidente la necesidad de contactar con las diferentes unidades clínicas y laboratorios clínicos de nuestro entorno, con los que se consensuó un valor superior de normalidad de 14 ng/L. Se consideró como punto de corte diagnóstico de IAM los 50 ng/L, con una zona gris entre los 14-50 ng/L, en la que se precisaba de una 2ª determinación de TNT a las 4 horas. Se realizaron reuniones informativas con los servicios de cardiología y urgencias, y una sesión general hospitalaria, para a todos los clínicos implicados. Además se redactó y envió un documento, en el que se comunicaban los cambios que se iban a producir y la fecha de los mismos.

DISCUSIÓN:

1.- Los procesos de cambio analítico habitualmente generan problemas en la toma de decisiones clínicas, por lo que se precisa de una estrecha coordinación con los servicios clínicos, y grandes dosis de información. 2.- En nuestra experiencia, la información y la toma de decisiones consensuadas con los servicios clínicos hospitalarios y los laboratorios de nuestro entorno, han hecho que un proceso potencialmente problemático, haya discurrido sin sobresaltos.

P214.– DISEÑO Y MONITORIZACIÓN DE CUADROS DE MANDO: SECRETARÍA TÉCNICA DE LA UNIDAD DE CALIDAD COMO ESLABÓN CLAVE. H. BASURTO.

GONZÁLEZ-MOLINA Y., IBARRA-HERNÁNDEZ K., UTRERA-MORENO ML, CASTAÑOS-ORTIZ B., MAQUES-MOSQUERA MR, BLAVE-PÉREZ IC.

HOSPITAL DE BASURTO. BILBAO.

OBJETIVOS:

1. Monitorizar el Plan Estratégico, los Procesos del Hospital, la satisfacción y la seguridad del paciente, mediante el diseño de cuadros de mando, ágiles, operativos y que permitan dar respuesta a las necesidades de gestión tanto de la Dirección como de los gestores de procesos y/o comisiones de seguridad del paciente, a objeto de permitir un análisis sistemático y tomar las decisiones oportunas ante las desviaciones o consecución de los objetivos. 2. Facilitar los trabajos de monitorización al personal clínico, mediante la figura de enlace centrada en la secretaría técnica de la Unidad de Calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Formación/ capacitación a la profesional administrativo de la Unidad de calidad, en herramientas y cursos que facilitaran el despliegue de objetivos de la unidad de calidad del hospital 2. Participación de la secretaría técnica en las reuniones de establecimiento de indicadores derivadas de los diseños del proceso 3. Elaborar Cuadros de Mando acorde a las necesidades de los usuarios (dirección, gestores de procesos, comisiones…) 4. Realizar la monitorización de los datos, estableciendo alarmas (código de colores pactados) en base a las deviaciones de metas pactadas. 5. Integrar iniciativas de mejora, planes de actuación y el seguimiento del mismo, a cada objetivo/indicador. 6. Formación a los usuarios (dirección, gestores procesos, supervisoras…) en el manejo de la herramienta.

RESULTADOS:

1. Se dispone de un Cuadro de Mando Estratégico que recoge alarmas e iniciativas visuales accesibles a todo el equipo directivo 2. Se dispone de 25 Cuadros de Mando de procesos que incorporan una monitorización continua de los indicadores y sus Planes de gestión 3. Se ha diseñado un

manual de usuario para potenciar un mayor despliegue y autonomía en el mantenimiento de los Cuadros de Mando de Gestión 4. Se ha potenciado la importante labor del personal administrativo de la Unidad de Calidad por su colaboración a la monitorización del Plan Estratégico, gestión por procesos y comisiones varias del hospital.

DISCUSIÓN:

En ocasiones la automatización de determinados indicadores críticos para la gestión no pueden explotarse de manera automática en base a los sistemas informáticos disponibles en el Hospital. En Basurto, se enfatizó la necesidad de registrar y monitorizar ciertos indicadores que se consideraban críticos en la toma de decisiones estratégicas, por procesos o en algunas comisiones. La apuesta por formar e integrar a la secretaria de la Unidad de Calidad, con apoyo del resto del equipo, ha supuesto la materialización de Cuadros de Mando sobre los que se hace un seguimiento sistemático, resultando operativos, sencillos y visuales a los usuarios o clientes de los mismos.

P215.– LA FORMACIÓN EN CALIDAD Y MEDIOAMBIENTE COMO REFUERZO INDISPENSABLE PARA EL SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL.

MOLINA-ALÉN E, FIDALGO-HERMIDA B, TAFALLA-BORDONADA C, GRANADOS-ULECIA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES.

OBJETIVOS:

La Unidad de Calidad (UC) del Hospital está comprometida con la mejora continua, este hecho hace que reflexionemos acerca de lo que supone la certificación en las Normas ISO y nos planteemos alcanzar mejores resultados para el próximo seguimiento del Sistema de Gestión Integrado (SGI), a través de: 1. Planificar un programa de formación en calidad y medioambiente 2. Formar al mayor número de profesionales 3. Evaluar los cursos para la detección de oportunidades de mejora

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Fase de reflexión: analizar la situación actual del Hospital en relación a los conocimientos sobre temas de calidad/medioambiente haciendo un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) 2. Fase de planificación: Tras el DAFO, programamos cursos de formación para Enfermería (DUE, matronas, fisioterapeutas, técnicos y auxiliares de enfermería). La programación se envió a todos los supervisores de las Unidades de Hospitalización, de Servicios Centrales y del Bloque quirúrgico para que inscribieran a su personal durante la jornada laboral. Tras la elaboración de las listas se amplió la oferta de asistencia al personal no sanitario (administrativos, celadores y personal de limpieza) 3. Fase de impartición: Se planificaron los cursos, dejando siempre las listas abiertas y flexibles a las necesidades de los diferentes Servicios. Al finalizar cada sesión, el alumno evaluaría el curso y al docente 4. Fase de Análisis de cuestionarios 5. Fase de la evaluación de la eficacia de los conocimientos adquiridos: durante las Auditorías Internas la UC realizaría un chek list para comprobar el grado de cumplimiento de la gestión de los residuos

RESULTADOS:

1. Se impartieron 18 cursos, en tres semanas del mes de febrero en turno de mañana y tarde. Asistieron 560 alumnos que procedían de 36 Servicios/Unidades diferenciándose 9 categorías de profesionales: Auxiliares Administrativos, Técnicos de laboratorios, Supervisores, Limpiadoras, Celadores, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras, Matronas y Fisioterapeutas 2. Se agrupación en 5 Áreas: Administrativa, Quirúrgica, Hospitalización, Laboratorios, y Áreas Centrales 3. 382 alumnos evaluaron los cursos, obteniendo una media global de 7.54.

DISCUSIÓN:

- Es necesario programar los cursos en turnos de mañana y tarde con el fin de facilitar la accesibilidad a los trabajadores del centro y entregar la planificación con suficiente tiempo para que los Responsables (Sanitarios y no sanitarios) inscriban a los profesionales según las planillas de trabajo. - No se generaron días de permisos retribuidos por formación y los cursos se realizaron a coste cero. - Durante los cursos se difundió la nueva Guía de Gestión de Residuos y se pudo debatir y adquirir conocimientos en temas de calidad y medioambiente. - Durante las Auditorías Internas que la UC realizó, pudo comprobarse que el personal de las Unidades estaba mucho más concienciado e implicado en el cumplimiento de la normativa de la gestión de los residuos.

P216.– CUMPLIMENTACION DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRURGICO (LVQ). EVALUACION DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGIA Y ANESTESIA.

MOLINA-ALÉN E, TAFALLA-BORDONADA C, FIDALGO-HERMIDA B, GRANADOS-ULECIA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. ALCORCÓN.

OBJETIVOS:

Una de las líneas estratégicas de la mejora de la seguridad en la atención a los pacientes, es la seguridad en cirugía y anestesia mediante la implantación de listas de verificación en el ámbito quirúrgico (LVQ). Nuestros objetivos fueron: 1. La implantación del LVQ 2. Estudiar el grado de cumplimentación de los mismos 3. Detección de las posibles áreas de mejora del propio listado

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Creación de un grupo de trabajo para la elaboración LVQ compuesto por representantes de: dirección, servicios quirúrgicos (facultativos y enfermería) y calidad 2. Elaboración, aprobación y difusión de dos LVQ, uno para la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) y otro para las intervenciones quirúrgicas que requieren ingreso del paciente (QX) 3. Realización de un estudio de pilotaje en el Servicio de Urología. 4. Sesiones de divulgación de la cumplimentación del LVQ 5. Elaboración de cuestionarios sobre la utilidad del LVQ y la evaluación de la formación. 6. Creación de bases de datos en Excel para medir el grado de cumplimentación de LVQ 7. Adecuación y modificación de los cuestionarios con nuevas ediciones

RESULTADOS:

• A finales de 2009 se impartió una sesión de información /formación para la correcta cumplimentación del LVQ al Servicio de Urología (URO). En noviembre se comenzó un estudio piloto que duró hasta junio 2010. En esta primera fase se obtuvo un grado de cumplimentación del LVQ 30%. • En Noviembre de 2010 se continuaron impartiendo sesiones para la implantación en los Servicios de Dermatología (DERMA), Otorrinolaringología (ORL) y Oftalmología (OFT), tanto en QX como en la UCMA. El Servicio de DERMA realizó 225 intervenciones en UCMA con un 91,6 % de registro del

LVQ. El resto de los Servicios se implantó a principio del siguiente año. • En el primer trimestre de 2011 la adherencia a prácticas seguras para la prevención o minimización de los riesgos derivados del acto quirúrgico con la utilización del LVQ, fue globalmente de un 55,28%. • El desglose por Servicios fue el siguiente: DERMA en la UCMA 95,2%, URO en QX 72,4% y en la UCMA 25,6%, OFT en UCMA 59.6%, y ORL en QX 23,6%.

DISCUSIÓN:

Los escasos resultados obtenidos en algunos Servicios, son debidos a: 1) la falta de cumplimentación del LVQ; 2) Incumplimiento en la sistemática de recogida del listado (no se dejan al Supervisor del Qx); 3) Inclusión errónea del LVQ en la Historia Clínica del paciente por lo que no se pueden analizar. Las observaciones realizadas en los LVQ, nos han servido para mejorar el registro y realizar una nueva edición de los mismos. El registro del LVQ en los primeros Servicios quirúrgicos, ha servido de motor para la implantación del listado el área quirúrgica. La sistemática en el registro LVQ para la cirugía, es fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes. El LVQ facilita la comunicación entre los diferentes profesionales, ya que es una puesta en común de todo lo relacionado con el paciente durante el acto quirúrgico.

P217.– FORMACIÓN CONTINUADA: DETECCION DE AREAS DE MEJORA EN CALIDAD Y MEDIOAMBIENTE A TRAVES DE ENCUESTAS.

TAFALLA-BORDONADA C, MOLINA-ALÉN E, FIDALGO-HERMIDA B, GRANADOS-ULECIA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. ALCORCÓN.

OBJETIVOS:

Uno de los puntos fundamentales de las Normas ISO es la formación continuada de los profesionales. Desde la Unidad de Calidad (UC) del Hospital nos hemos planteado detectar las necesidades de formación del personal sanitario y no sanitario, tanto en la gestión medioambiental como en la de calidad, mediante la realización de encuestas para determinar en que áreas es necesario realizar un refuerzo de los conocimientos. Nuestro objetivo fue la detección de las áreas de mejora en la formación y posteriormente, establecer las estrategias en la programación de actividades de formación y en la realización de los cursos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Se elaboraron los cuestionarios para detectar las necesidades de formación, basadas en las preguntas más habituales realizadas al personal de la UC, referentes a cuestiones medioambientales y de calidad. 2. Se impartieron las sesiones previamente programadas y a cada discente se le entregaba un cuestionario 3. El alumno cumplimentaba la encuesta al finalizar la sesión 4. Fase de Análisis de cuestionarios

RESULTADOS:

1. En el primer trimestre de 2011 se impartió un curso de formación continuada a un total de 560 alumnos, pertenecientes a 9 categorías profesionales y procedentes de 36 Servicios/Unidades, que se agruparon en 5 Áreas: Administrativa, Quirúrgica, Hospitalización, Laboratorios y Áreas Centrales 2. El curso de dividió en 18 sesiones de formación continuada de aproximadamente 1 hora y media de duración en turno de mañana y tarde 3. Las respuestas a las preguntas dicotómicas fueron: • A la pregunta "cree necesaria más formación en Calidad" se obtuvieron 388 respuestas, de las cuales el 95% contesto que si. • Dijeron

si, el 77% de las 407 respuestas obtenidas a la pregunta "Cree necesaria más formación en Gestión de Residuos" • El 91% de las 390 respuestas dijeron que sí a la pregunta "Le ha quedado claro que es la certificación según las normas ISO" • De las 208 respuestas obtenidas a "Estaría interesado en implicarse en un grupo de mejora de calidad", el 81% dijo no • A la cuestión "Le parece útil disponer de una guía de residuos" 405 respondieron, y el 97% dijo que si 4. Las respuestas a las cuestiones cuantitativas, con escala de valoración de 1 a 10 puntos fueron: • A la pregunta "Utilidad de la información recibida para su puesto de trabajo le parece" se obtuvieron 376 respuestas con una puntuación de 7.69 • La calificación obtenida a la pregunta la "Valoración global de la sesión" fue de 7.72 puntos, con un 382 respuestas.

DISCUSIÓN:

La realización de encuestas tras las actividades de formación supone una herramienta indispensable para la detección de las necesidades de formación y así poder establecer prioridades para la planificación de la formación continuada del personal. Los cuestionarios son una de las mejores herramientas de la fase de chequeo del ciclo de mejora continua. El debate surgido durante la formación fue muy productivo, aclarando conceptos erróneos, detectando prácticas a corregir y áreas de mejora.

P218.– MODELO FUENLABRADA. DE LA NADA A LA EXCELENCIA.

ORTIZ-OTERO M, SERRANO-BALAZOTE P, SANGREGORIO-YAÑEZ C, MARINERO-ROJAS O.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUENLABRADA. FUENLABRADA.

OBJETIVOS:

El Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), desde su nacimiento tiene la vocación de la excelencia en su gestión y sus servicios, porque tras su apertura inicia sus actividades de aprendizaje, evaluación y mejora hacia la excelencia. Haciendo una reflexión sobre los pasos seguidos por el HUF desde el primer año de funcionamiento en 2004 hasta noviembre de 2010, el hospital ha pasado por tres Autoevaluaciones EFQM, con sus correspondientes Planes de Mejora, que han incluido desde la elaboración de un Plan Estratégico 2006-2010, diseño e implantación de varios procesos asistenciales en el hospital, con una visión integradora y centrada en el paciente, con objeto de mejorar progresivamente la resolutividad y continuidad asistencial, explotando las oportunidades que ofrecen las metodologías de Gestión por Procesos en la gestión de las interfaces asistenciales y en el fomento del trabajo en equipo y de la mejora continua. 1- Analizar la calidad global de la gestión del hospital. 2- Otener Sello Madrid Excelente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Contactar con la entidad Madrid Excelente, e informarnos de los requerimientos para optar al reconocimiento del sello ME Creación de un equipo multidisciplinar Creación de un cronograma y objetivos Elaboró un un informe de seguimiento y final Solicitud oficial para la concesión de la marca de Madrid Excelente Cumplimentación y envío del Cuestionario de Autoevaluación Justificado

RESULTADOS:

La cumplimentación del cuestionario, ha sido una tarea difícil y árida, por su estructura y lenguaje empresarial, poco usual al profesional sanitario El Cuestionario consta de tres grandes módulos: Excelencia; Responsabilidad Corporativa y Confianza de los Consumidores Evaluación externa de dos jornadas completas, para comprobrar tras diversas

reuniones con aproximadamente trece interlocutores, todos ellos profesionales del hospital, la veracidad y cumplimiento del Cuestionario de Autoevaluación Justificado. El resultado de esta Evaluación, ha proporcionado la Obtención del Sello MADRID EXCELENTE al primer hospital público de la Comunidad de Madrid Una fuente de información importante, de áreas de mejora y puntos fuertes, y la capacidad de elaborar Planes de Mejora Este proyecto, nos ha revelado una MATRIZ de MADUREZ de nuestra organización, para cada uno de los módulos de los que consta la MARCA DE GARANTÍA DE MADRID EXCELENTE.

DISCUSIÓN:

Obtención de la MARCA DE GARANTIA MADRID EXCELENTE. Recopilación de datos y actuaciones realizadas en el Hospital durante los últimos años. Conocimiento de nuestros Puntos Fuertes, y Áreas de Mejora, para abordar en los próximos años. Un adiestramiento para los profesionales que han participado, aprendiendo una nueva forma de gestión de la calidad, el uso de un lenguaje para muchos desconocidos y establecer prioridades, despertando inquietudes de cara a nuevas acciones de mejora en los servicios y unidades del hospital

P219.– ADHESIÓN A LA HIGIENE DE MANOS DE LOS PROFESIONALES.

SALMERÓN-ÁLVAREZ J, CARAVACA-ALCARAZ B, LUCAS-SALMERÓN MG, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM, MARTÍNEZ-BLÁZQUEZ A, AYUSO-CAYUELA T.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

1. Mejorar la adhesión a las prácticas recomendadas de higiene de manos en el personal del Área. 2. Contribuir a la reducción de la tasa de infección nosocomial en el Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el 2010 se llevan a cabo una serie de actuaciones en relación al lavado de manos que se hacen extensivos al 2011. El día mundial de la higiene de manos (5 de mayo) se realizaron una serie de actividades: En el Hospital se entregaron a todos los trabajadores las pegatinas con el lema "El uso de guantes no evita la higiene de manos" y pins, se puso en todos los ordenadores el salvapantallas de los 5 momentos y se enviaron mensajes de la intranet por mediación de la red informática cada hora a partir de las 9:00 horas. En los Centros de Atención Primaria: Se puso cartelería informativa del uso de las soluciones hidrohalcohólicas en las consultas de curas y se entregaron a todos los trabajadores las pegatinas con el lema "El uso de guantes no evita la higiene de manos". Desde el mes de marzo hasta septiembre se han realizado un total de 14 charlas-taller de higiene de manos dirigidas a todo el personal del hospital, inicialmente se empezó por celadores y personal de limpieza y posteriormente fueron dirigidas al personal sanitario incluido el personal sustituto. El porcentaje de asistencia a dichos talleres ha sido de un 41%. En septiembre se formó a dos enfermeras observadoras, seleccionado de entre los propios trabajadores del centro, para evaluar si se sigue dicha metodología en la práctica habitual. Con el fin de monitorizar las prácticas de higiene de manos, se seleccionarán dos de los cinco momentos de higiene de manos reconocidos en la Estrategia Multimodal de la OMS 1.1. Higiene de manos antes del contacto con el paciente. 1.2. Higiene de manos antes de realizar una técnica aséptica. Durante el mes de

noviembre y diciembre se llevó a cabo el estudio observacional, en el que los observadores evaluarán si la práctica de los trabajadores del centro se ajusta a la metodología adecuada en los dos momentos de higiene de manos seleccionados como objetivo del plan de acción. Según las tasas de adhesión de los trabajadores del centro a las recomendaciones, se establecerán los objetivos para años sucesivos.

RESULTADOS:

De 35 oportunidades en ambos casos los resultados son los siguientes: Antes del paciente: 6 oportunidades (17 %) fueron realizadas correctamente y 29 oportunidades (82,85%) en los que la técnica fue incorrecta. Antes de la técnica aséptica fueron realizada correctamente 12 oportunidades (34%) y 23 (65,7%) la técnica fue incorrecta.

DISCUSIÓN:

Es necesario continuar trabajando en la línea de formación para que por un lado los trabajadores sean conscientes de importancia de la correcta realización de la técnica de higiene de manos así como del conocimiento de la misma. También es importante transmitir los resultados obtenidos a los trabajadores para conozcan la situación de nuestro hospital.

P220.– GESTION DE LAS NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS: ELABORACIÓN DE PROTOCOLO Y DISEÑO DE BASE DE DATOS.

FIDALGO-HERMIDA B, MOLINA-ALÉN E, TAFALLA-BORDONADA C, GRANADOS-ULECIA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MADRID.

OBJETIVOS:

Desde el 2006, el hospital tiene un Sistema de Gestión Integrado de Calidad y Medioambiente basado en las Normas ISO 9001 y 14001. Las notificaciones de No Conformidades (NC) se recogen en un documento en formato papel (hojas de incidencias). A medida que se certificaban más Servicios en el centro, nos resultaba más complicado su seguimiento, por ello se planteo: 1.La realización de un protocolo para la recogida, codificación, registro y seguimiento de las NC y Acciones Correctivas (AC) 2.La creación de una base de datos para el registro y seguimiento de las NC y AC 3.El análisis de las causas que provocan esas NC y medición de la eficacia de las AC

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.Tras un DAFO en el que se determinaron las Debilidades (Carencia de Gestor Documental, escaso desarrollo de las TIC, excesiva documentación en papel y dificultad en su gestión, pérdida de NC, etc.), Amenazas (Economía en crisis), Fortalezas (Facilidad en la gestión documental, coste cero, trabajo en equipo, etc.) y Oportunidades (Optimización de recursos, estandarización documental y control de AC) 2.Diseño de una Base de Datos (BD) en Excel para el seguimiento de las NC y AC registrando: Código de NC y AC, Fecha de notificación, Servicio/Unidad que notifica, Identificación de la persona que notifica, Descripción y Causa de la NC/AC y su clasificación en 7 Áreas (Infraestructura, Material/Equipos, Proceso, Formación, Recursos Humanos, Mantenimientos y Otras) •NC: la propuesta de AC y, si precisa, el código de AC asociado •AC: responsables y plazo de ejecución 3.Elaboración, revisión y aprobación por la Unidad de Calidad de un protocolo para la gestión de NC y AC 4.Recogida, codificación, registro y

evaluación de las NC y de las AC 5.Análisis y estadística de las NC/AC 6.Elaboración de informe de NC y AC

RESULTADOS:

1.NC: Se han recogido, registrado y codificado 814 NC; Según la clasificación de las causas, la causa más frecuente es la del Área de Proceso, seguido de Material/Equipos. Las NC más notificadas proceden del Área Clínica. 453 NC (55,7%) quedan abiertas, de las que 447 están en periodo de evaluación, cerrándose 361 NC (44,3%). 51 Servicios/Unidades han notificado NC y los que más notificaciones realizan son: Farmacia, Hospitalización 6ª planta y Hematología, respectivamente 2.AC: Se han abierto, registrado y codificado 245 AC; las causas más frecuentes son las áreas de proceso y materiales/equipos. La mayoría proceden del Área Clínica. Se han cerrado 6 y el resto están en periodo de seguimiento. El Servicio de Psiquiatría es en el que más AC se han abierto.

DISCUSIÓN:

La elaboración de la BD ha facilitado cuantificar, clasificar y analizar las NC notificadas por el personal, constituyéndose en una herramienta útil para la optimización de los recursos (tiempo, RRMM, RRHH, etc.) y ha permitido una mejora en el seguimiento de las AC. Con ella, obtenemos una visión general de las causas más frecuentes de las NC y de las AC correspondientes. Con el protocolo hemos estandarizado la gestión de las NC y AC.

P221.– EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE VÍAS VENOSAS EN URGENCIAS.

HERNANDEZ-QUILES MI, MARTINEZ-MIRA A, ALCARAZ-MARTINEZ J, PINA-RODRIGUEZ MC, PLANELLES-GANDIA A, PARRES-CASES T.

HOSPITAL VEGA BAJA. ORIHUELA.

OBJETIVOS:

Estimar el porcentaje de pacientes atendidos en nuestro servicio de Urgencias a los que se les aplica una vía durante su estancia. Evaluar la adecuación del uso de estas vías.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio realizado en nuestro Servicio de Urgencias en el que se ha evaluado la utilización de vías venosas periféricas en los pacientes asistidos y se ha valorado su utilidad utilizando los criterios de INSALUD del 2001, esto es, si se realizaba más de una extracción, se administraba medicación o se ingresaba al paciente, se consideraba adecuado. La información se ha obtenido directamente en el Servicio por personal de enfermería de forma concurrente a la atención prestada. La muestra se ha obtenido de forma correlativa en abril de 2011 hasta completar el numero de 150 casos

RESULTADOS:

Del total de pacientes de la muestra, se canalizaron vías venosas a 116 pacientes, el 77.3% (intervalo de confianza= 70,6-84 %). De los pacientes a los que se les práctico acceso venoso, 29 de ellos, el 25%(ic: 17,2-32,8%) fueron ingresados, considerándose como ingreso los pacientes que pasan del nivel 1 (consultas) al nivel 2 (boxes), los cuales en su gran mayoría ingresaran en planta o estarán 24 horas en observación. En el 49 casos, el 42.2% (ic 33.3-51.1%) recibieron medicación intravenosa, y en 38 no se utilizó para nada, retirándose al alta el 32.7% (ic 24.2-41.2%).

DISCUSIÓN:

El estudio pone de manifiesto que aproximadamente dos tercios de las vías venosas fueron de utilidad en nuestro Servicio, siendo inadecuadas en el tercio restante. Ademas, hemos encontrado un porcentaje de pacientes a los que se aplica via venosa superior a estudios similares.

P222.– EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL.

URAN-GARCIA JE, ILLANA-RODRIGUEZ N, CARCAR-BENITO JE, MARTINEZ-LOPEZ MJ, LOPEZ-LOPEZ M, GARCIA-JIMENEZ C.

DG GRAL. ATENCION AL CIUDADANO, DROGODEPENDENCIA Y CONS. MURCIA.

OBJETIVOS:

Una línea de desarrollo de las instituciones sanitarias de la Región de Murcia esta relacionada con los derechos de pacientes/usuarios del sistema sanitario. La Ley 3/2009 sobre deberes y derechos de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, en relación a La Ley 41/2002,señala en su artículo 11 sobre Instrucciones previas que una persona mayor de edad, capaz y libre, puede manifestar anticipadamente su voluntad, para que se cumpla en el momento en que no sea capaz de expresarla, sobre cuidados y tratamiento de su salud o, al fallecer, sobre el destino de su cuerpo/órganos. Llevar a cabo un Estudio de impacto de información y explicativo del documento de Instrucciones Previas en las Áreas sanitarias de la Región de Murcia 2011-2012, siendo referencia el estudio del 2006/2010.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entrevistas a profesionales de A. Primaria/Especializada sobre Normativa de la Región en relacion al documento de instrucciones previas, pre y post a acciones de formación/medición del nº de instrucciones previas. Ámbito: centros sanitarios del SMS. Enunciado que señala el modelo, criterio, requerimiento para alcanzar el nivel de calidad: mejora la información/formación de los profesionales. Supone la implicación del paciente en la decision sobre instrucciones previas. Justificación: la formación de los profesionales implica mejora en la autonomía del paciente. Condiciones que posibilitan el cumplimiento: acciones de formación/información consensuadas.Área a estandarizar: Centros sanitarios. Enunciado del estándar: El área sanitaria tiene programas/acciones de formación/información para mantener al profesional capacitado como informante al usuario sobre instrucciones.

RESULTADOS:

En 2011 un equipo multidisciplinar de la Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo esta llevando a cabo las entrevistas a profesionales de A. Primaria y Especializada sobre el documento de instrucciones previas. Finalizada la recogida de información (Diciembre 2011) se procederá al análisis/interpretación de resultados y se analizarán las áreas de mejora.

DISCUSIÓN:

Los servicios en salud tienen como misión garantizar el bienestar biopsicosocial y la mejor calidad de la atención a sus clientes. Dicha mejora en la calidad no puede entenderse sin el fomento de la autonomía del usuario. Por tanto, que los profesionales sanitarios ayuden a que los ciudadanos conozcan su derecho a realizar Instrucciones previas, su contenido, condiciones para su ejercicio y límites contribuirá a lograr que se realice correctamente y sea fruto de un proceso de reflexión acerca de sus preferencias en determinadas situaciones clínicas.La información sobre IP debe formar parte de la relación asistencial entre los profesionales/pacientes y no debe entenderse como una parte más de su oferta asistencial. Incorporar la Formación de los profesionales sobre el Instrucciones Previas, es una actividad que debería estar en los planes de formación de las instituciones sanitarias.

P223.– ESTUDIO DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER ENTRE LOS AÑOS 2006-2010.

GOMEZ-PELLICER MD, SANCHEZ-PEREZ I, ALCARAZ-MARTINEZ J, PELLICER-RIQUELME D, PARTERA-GONZALEZ MJ, GARCIA-LOPEZ C.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Estudiar las variaciones del numero de vacunaciones intrahospitalarias entre el 2006-2010. Analizar la efectividad de las actividades programadas para fomentar la vacunación en el personal del hospital. Conocer las posibles causas del aumento o disminución del personal vacunado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de las bases de datos de las distintas campañas de vacunación antigripal desde el 2006 al 2010, tomando como población de referencia los trabajadores del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Análisis del número de trabajadores vacunados en base a su categoría en distintos años. Valoración de la efectividad de los incentivos dados en distintos años. En el año 2009, se promovió una campaña adicional por la aparición de la Gripe A, lo que obligó a dar distintas charlas a lo largo de una semana en un amplio horario, de manera que diese cobertura a los distintos turnos de trabajadores.

RESULTADOS:

Los porcentajes de vacunación antigripal del 2006 al 2010 han sido del 5.3%, 26.8%, 26.8%, 34.9% y 15.7%. En 2009 hubo una campaña de vacunación adicional contra la gripe A, en la que se vacunaron un 18.8% de la población hospitalaria. Respecto al porcentaje de vacunados por estamentos, los 3 primeros años los colectivos de facultativos y personal no sanitario mantenía unas cifras claramente superiores a las de personal de enfermería. En 2009 la cobertura vacunal aumentó en Facultativos (aumento del 60.6%), Enfermería (aumento del 63.9%) y Aux. de Enfermería (aumento del 38%). Por otra parte disminuyó en personal no sanitario un 13%. En 2010 hubo una bajada generalizada más acusada en Aux. de Enfermería, en concreto del 66%.

DISCUSIÓN:

Las acciones de fomento de la vacunación han obtenido mayores porcentajes de vacunados dentro del hospital. En el año 2009 se dio un aumento de la población hospitalaria vacunada, a excepción del personal No Sanitario. En el año 2010, a pesar de mantener incentivos de años anteriores se dio una caída generalizada del índice de vacunación, en torno al 50% menos.

P224.– RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE INFORMACIÓN Y SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA.

PEREÑIGUEZ-BARRANCO JE, MUÑOZ-ARRANZ C, MEDINA-ABELLÁN MD, OSUNA-CARRILLO-DE ALBORNOZ E, LUNA-MALDONADO A, PÉREZ-CÁRCELES MD.

Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia. MURCIA.

OBJETIVOS:

Conocer el nivel de información sobre la cirugía y la satisfacción con la misma de pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica. Evaluar si existe relación entre ambas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

: Encuesta diseñada para recoger si el paciente ha sido informado sobre distintos aspectos de la cirugía y su satisfacción (escala Likert 1-5). La muestra está compuesta por 757 pacientes que han sido sometidos en los últimos 6 meses a una intervención quirúrgica. El 51,4% son mujeres. La edad media de los sujetos es de 46,3 años (rango: 16-93). La media de días de ingreso hospitalario es de 5,6 (rango: 1-90).

RESULTADOS:

El 85,5% dice que se le ha explicado de forma comprensible el procedimiento quirúrgico, el 68,7% los riesgos de la intervención, el 70% las molestias y efectos secundarios de la cirugía, el 88,8% los beneficios de la cirugía, el 34,1% los tratamientos alternativos, el 74,2% las consecuencias en caso de no realizarse la intervención. El 77,1% piensa que le ha sido útil la información facilitada para que pueda adoptar su decisión. La media de la satisfacción con la información recibida sobre la intervención quirúrgica es de 3,89 (Escala de Likert 1-5). Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción.

DISCUSIÓN:

La satisfacción del paciente con la intervención quirúrgica se relaciona directamente con la percepción del paciente de haber recibido o no información sobre distintos aspectos de la cirugía.

P225.– MEJORA DE LA HERRAMIENTA QUE EVALUA LOS CRITERIOS DE CALIDAD BÁSICOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP).

GENS-BARBERA M, DAVINS-MIRALLES J, VIDAL A, CHICOTE S, RAMOS F.

SALOU. TARRAGONA.

OBJETIVOS:

Mejorar y adaptar los criterios básicos de calidad establecidos en los EAP de nuestra organización a partir de las sugerencias de los profesionales y el modelo de acreditación(MA) de nuestra comunitat autonoma (CCAA)

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestra organización des del año 2009, los EAP que desarrollan un sistema de autonomia de gestión, realizan una autoevaluación a partir de un conjunto de criteris básicos de calidad. La herramienta utilizada fue creada 2009, por un grupo de expertos (GE) en modelos de gestión global de la calidad y conocedores de la atención primaria. Esta herramienta se va modificando a partir de las aportaciones de los profesionales de los EAP que realizan la autoevaluación. Posteriormente las diferentes sugerencias son analizadas por el GE, modificándola si procede. Paralelamente durante año 2010, el Departament de Salut (DS) de nuestra CCAA, elabora un modelo de acreditación para los EAP. A partir de las sugerencias de los profesionales y alineado al MA del DS, se revisa nuevamente el contenido de los criterios básicos de calidad.

RESULTADOS:

Obtención de una herramienta formada por 9 criterios (C) y 100 estándares . La estructura: modelo (EFQM), 9 criterios. Número de estándares: C1:9, C2: 5, C3:13, C4:11, C5:30, C6: 5, C7: 7, C8:4, C9: 16). Contenido: C1: Misión, visión, valores, funciones líderes; C2: planificación estratégica y de calidad; C3: formación, plan acogida, plan comunicación interna; C4: relación con la comunidad, plan mantenimiento tecnoasistenciales y entorno físico, C5: atención continuada, asistencia al paciente, uso medicación, vigilancia y control de la infección, continuidad asistencial, educación sanitaria, atención a la comunidad, ética y procesos de soporte; del C6 al C9: resultados de percepción y rendimiento. Evaluación:

targeta REDER (enfoque E, desarrollo D, evaluación + revisión E+R, resultados R). Análisi de los resultados automáticamente en el momento de la autoevaluación, proporcionando resultados de cada criteri, estándar y el global. Todos los estándares son de EAP no de la organización. Identificación de estándares relacionados con la seguridad de los pacientes.

DISCUSIÓN:

Disponemos de una herramienta adaptada al MA de nuestra CCAA integrada por estándares de calidad básicos. La incorporación del análisi automático, genera un feed-back que permite tener resultados inmediatos de la autoevaluación y empezar a trabajar con el plan de acción para mejorar aquellos puntos débiles identificados en el EAP.

P226.– VIGILANDO LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES. LA IMPORTANCIA DE LA PRIORIDAD.

HERRER-CASTEJÓN A, RICARTE-URBANO ME, PALAZÓN-SAURA P, PES-LAGUNA MM, MARCO-IÑIGUEZ A, GROS-BAÑERES B.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Monitorización y análisis de los casos de muerte ocurridos en nuestro Servicio de Urgencias de un Hospital de tercer nivel durante el año 2010. Incluido como uno de los indicadores de Seguridad Clínica de nuestro servicio. Evaluación de la seguridad y fiabilidad del Sistema Español de Triaje (SET) como herramienta para la priorización de pacientes. Valorar si han sido útiles las correcciones introducidas en el triaje el año anterior respecto a la priorización de casos de disnea en niveles IV y V. Posibilidad de adopción de medidas de corrección en el proceso asistencial de nuestro pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han analizado todos los casos de muerte ocurridos en nuestro Servicio de nivel de triaje V, IV y III durante el año 2010. Es un indicador analizado anualmente , que este año ha incluido los casos de muerte de nivel III.

RESULTADOS:

No se ha producido ningún caso de muerte de Nivel IV y V durante el año 2010. Hemos tenido 12 casos de muerte de nivel III (0,019% de los casos). Edad media 77,57 (DE:11,9). Respecto al sexo; 66,7% de varones frente a 33,3 % de mujeres. Por motivo de consulta 41,7% correspondieron a dolor abdominal como síntoma guía , seguido de disnea 33,3% y malestar gral en el 16,7% de los casos. El tiempo medio de inicio de la asistencia fue de 73,08 minutos (DE:65,22) y el tiempo de permanencia en urgencias 20,17 horas (DE:23,4). Sólo en dos de los casos había alteración en las constantes vitales (TA y frec. Cardiaca). El 88,9% de los casos estaba ya ingresado a cargo de otro Servicio cuando ocurrió el exitus y permanecían en urgencias.

DISCUSIÓN:

Hemos detectado dos casos en que la clasificación pudiera corresponder a un nivel más alto de triaje dada la alteración que presentaban en las constantes. El resto de casos de fallecimiento eran esperados y se produjeron en su mayoría tras el ingreso del paciente a cargo de otro Servicio, y que permanecían en urgencias por falta de camas en planta de hospitalización. Llama la atención el número de casos que corresponden al síntoma guía "dolor abdominal" correspondientes a pacientes mayores de 70 años, por lo que en estos casos se debería considerar el dolor abdominal como de mayor prioridad y se valorará la adopción de medidas correctivas en el próximo año. No se han procducido casos de muerte de niveles IV y V, a lo cual puede haber contribuido la adopción de medidas el año anterior, en el que se reevaluó el triaje en casos de disnea. Debemos analizar el tiempo medio de inicio de asistencia, que supera los estándares descritos en el SET, y que coincide con horas punta de asistencia y de saturación del servicio, debiendo adoptar medidas en el retriaje de estos pacientes. Aunque en estos casos no es tanto un problema de tiempo en la asistencia como de priorización. El SET es una herramienta de clasificación y priorización de pacientes mejorable y es a través del análisis y conocimiento de nuestros eventos adversos donde encontramos un buen punto de partida para la adopción de medidas de mejora del mismo.

P227.– ESTABLECIMIENTO DE PACTOS GESTIÓN EN UNIDADES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIAS.

CARAVACA-ALCARAZ MB, INIESTA-MARTINEZ D, SALMERON-ALVAREZ J, ESTRADA-BERNAL MD.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA 8MURCIA).

OBJETIVOS:

A través del Contrato de Gestión 2010, que se establece por el Servicio de Salud de la Región, la Dirección de Enfermería de un Área de Salud, decide desarrollar un modelo de evaluación de pactos de gestión orientado a la calidad total, ponderado en función de la importancia de la consecución de cada objetivo, que permita obtener un porcentaje global de cumplimiento de éste y que incorpore las visiones tanto de la dirección como de los supervisores de enfermería. El objetivo es el desarrollo en la organización de un nuevo enfoque de la calidad de sus servicios, que consista en la implantación a todos los niveles de una cultura de evaluación continua de lo que produce, de sus resultados, para saber qué actividades tiene que desarrollar para avanzar e innovar así como conocer las mejoras necesarias según sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se desarrollaron 12 pactos de gestión, uno para cada unidad de enfermería hospitalaria, los cuales están basados en el Contrato de Gestión siguiendo el Modelo EFQM, el cual nos aporta una metodología contrastada basada en la autoevaluación por la organización de su distancia respecto a una situación de excelencia, en elaboración de planes de mejora y en la constante retroalimentación de los objetivos mediante procesos de mejora continua. Se distinguen cinco etapas: - Análisis de la estrategia del Servicio Regional de Salud y Área de Salud: que emite sus prioridades tanto en el ámbito estratégico como operativo. Se realiza una valoración de la estrategia de actuación de la organización. - Incorporación de las prioridades propias de la dirección de enfermería: El proceso de fijación de objetivos en unidades de enfermería es la dinámica global del hospital de implantar y desplegar su estrategia y sus prioridades - Proceso de comunicación: consta de una reunión informativa para

explicar el contenido final de los objetivos pactados y las actuaciones a realizar por los miembros de la unidad. - Proceso de seguimiento y proceso de evaluación: son fundamentales para estar informados sobre la evolución de los objetivos planteados y para aplicar las áreas de mejora.

RESULTADOS:

Los objetivos alcanzados por cada unidad de enfermería fueron: A. Patológica: 57.89% Archivo: 62.50% C. Externas: 66.67% Farmacia: 69.57% Laboratorio: 65% M. Interna: 70.97% U.H. Quirúrgica: 67.74% Quirófano: 55.56% Radiodiagnóstico: 75% Reanimación: 54.55% Rehabilitación: 61.11% Urgencias: 72.73% Total porcentaje de objetivos alcanzados: 65.22%.

DISCUSIÓN:

Los pactos de gestión son instrumentos que incrementan la implicación de los profesionales en la gestión, porque en la mayor parte de los objetivos planteados está implícito su logro mediante el trabajo del equipo de enfermería, liderado por los supervisores. El año 2010 fue el primer año en el que se establecieron unos pactos de gestión con la metodología explicada, por lo que seguimos trabajando para que haya una mayor comprensión de los objetivos para lograr mejorar los resultados.

P228.– ELABORACION DEL MAPA DE PROCESO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES DE UN AREA DE SALUD.

LOZANO-GARCIA MJ, MARTINEZ-GARCIA A, SORIANO-GOMEZ R, GALIAN-MUÑOZ I.

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. YECLA.

OBJETIVOS:

Se implanta en nuestra área de salud el sistema de gestión EFQM de calidad. Como parte de una organización y apostando por la gestión de procesos, considerado esencial en todos los modelos de excelencia de gestión, se ha elaborado el mapa de proceso del Servicio Prevención de Riesgos Laborales (S.P.R.L.) como estrategia de mejora continúa de la calidad y también para difundir el objetivo del S.P.R.L.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se hace un estudio analítico descriptivo de todas las actividades que realiza el S.P.R.L. en el área de salud, identificando y priorizando su nivel de importancia, documentando la interrelación de estas en el mapa de proceso. Para la evaluación del proceso del servicio de prevención se emplean indicadores de procesos y de resultados.

RESULTADOS:

Diseño de un mapa A-1 de procesos según metodología IDEF (Integration Definition for Funtion Modeling), con identificación de los procesos estratégicos, de apoyo y operativos, entradas y salidas. Elaboración de diagramas de flujo para facilitar la secuencia e interrelación de los procesos operativos, empleando la simbología ANSI (America National Standards Institute).

DISCUSIÓN:

La organización o gestión por procesos es una herramienta útil para conseguir los objetivos de calidad total. Se dispone de procedimientos necesarios para establecer la manera correcta de realizar determinadas actividades o tareas y el control de su eficacia. Con el diseño del mapa de proceso pretendemos mejorar la información, la atención y la

satisfacción de los trabajadores, de la gerencia e indirectamente de los usuarios del sistema público de salud. Se facilita también el trabajo de los profesionales implicados en el servicio que de una forma clara pueden analizar y evaluar sus procesos y resultados para desarrollar estrategias dirigidas a la mejora continua.

P229.– HEMOCULTIVOS Y HOSPITAL DE DÍA MÉDICO: EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE UN PROTOCOLO DETERMINA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

BOO-PUENTE M, MORENO-DE LA HIDALGA M, CORTABITARTE-CRUZ J, PEREZ-PALOMARES C, REVUELTA-ARROYO R, ALIJA-LOPEZ V.

SIERRALLANA. TORRELAVEGA.

OBJETIVOS:

Conocer la tasa de hemocultivos contaminados en hospital de día médico. Conocer el grado de cumplimiento del protocolo de extracción de hemocultivos en hospital de día médico. Comparar los resultados de los hemocultivos extraídos en el hospital de día con los obtenidos antes de aplicarse el protocolo (años 2006, 2007 y 2008) y con los del resto del hospital. Identificar áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: Hospital de día médico. Periodo: Enero del 2009 a fin de abril del 2011. Material: Protocolo de extracción de hemocultivos. Número total de hemocultivos extraídos en hospital de día médico y en todo el hospital. Tasa de hemocultivos contaminados en el hospital de día médico y en todo el hospital. Encuesta de evaluación del grado de cumplimiento por parte del personal de enfermería del protocolo de extracción de hemocultivos.

RESULTADOS:

Mujeres:30% Servicios: Hematología: 63,3%; Medicina Interna:10%: Oncología:10%. Diagnóstico más frecuente: Síndrome mielodisplásico (36,6%) Total hemocultivos hospital: 16564.Tasa hemocultivos contaminados: 925 (5,58%) Total hemocultivos en hospital de día médico: 80 a 30 pacientes. Hemocultivos contaminados 2 (2,5%), por Stafilococo coagulasa negativa. En una de las extracciones se determinó una bacteriemia por Pseudomona aeruginosa. Tasa de hemocultivos contaminados en hospital de día antes de implantación del protocolo: 3,3% en 2006; 4,8% en 2007 y 5,3% en 2008. Se realizó una encuesta entre el personal enfermero de hospital de día (7) para conocer el grado de aplicación del protocolo. Se valoraban 10 pasos. Resultados de evaluación: Un 85,7% del personal no desinfectan la piel con alcohol antes de aplicar la clorhexidina. Un 71,4% no

desinfectan los frascos de hemocultivos con clorhexidina. Un 28,6% no espera los dos minutos tras aplicación de la clorhexidina al 2% No se utiliza la campana de extracción de hemocultivos estéril en un 100% de casos. La enfermera realiza la técnica sin ayuda, con lo que, al colocar el adaptador de agujas en la campana, realiza parte de la técnica sin la adecuada esterilidad en el 100% de los casos. El 100% de las enfermeras utiliza palomita y cambia el lugar de punción en cada una de las extracciones. El grado de cumplimiento del protocolo: 79,9%.

DISCUSIÓN:

La sociedad española de enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica recomienda unas tasas de contaminación de hemocultivos inferiores al 3%. Las tasas generales del hospital son de un 5,58%. Las cifras de contaminación en hemcocultivos extraídos en hospital de día médico están en el 2,5% Conocer los puntos en los que se incumple el protocolo de extracción de hemocultivos constituye un área de mejora. Será precisa la actualización de conocimientos en puntos tales como la limpieza de la piel con alcohol, respetar el tiempo de espera tras la aplicación de la clorhexidina o la colaboración de dos profesionales para que la técnica se realice en unas condiciones óptimas de esterilidad.

P230.– ANÁLISIS DE CAUSA-RAÍZ SEGÚN DIAGRAMA DE ISHIKAWA TRAS DETERMINACIÓN DE PREVALENCIA DE UPP MEDIANTE AUDITORIA INTERNA.

MORADO-QUIÑOÁ P, ÁLVAREZ-VÁZQUEZ JC, ROCA-BERGANTIÑOS MO.

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI. LUGO.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de Úlceras por Presión en el Hospital Lucus Augusti mediante la realización de auditorías internas y el posterior análisis de causa raíz usando como herramienta el diagrama de Ishikawa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se registraron una serie de datos socio-demográficos conteniendo sexo y edad, además de las UPP detectadas diferenciándolas por estadios. Todos estos datos fueron almacenados en una hoja de Excel y procesados con el programa SPSS versión 15.0. Al detectar el evento adverso, UPP, con tan alta prevalencia se decide realizar un análisis de causa raíz utilizando como herramienta el diagrama de Ishikawa. Para la realización del estudio de causa raiz se constituye un grupo de trabajo formado por las mismas 6 enfermeras que realizaron las auditorías de prevalencia. El diagrama de Ishikawa es una herramienta para investigar de forma sistemática las causas subyacentes y el entorno en que se produjo un evento adverso, para ello debemos abordar cada espina-ámbito por separado para identificar los factores causales y los que tuvieron influencia e identificamos los más relevantes para el evento adverso. Todos estos datos fueron almacenados en una hoja de Excel y procesados con el programa SPSS versión 15.0. Al detectar el evento adverso, UPP, con tan alta prevalencia se decide realizar un análisis de causa raíz utilizando como herramienta el diagrama de Ishikawa. Para la realización del estudio de causa raiz se constituye un grupo de trabajo formado por las mismas 6 enfermeras que realizaron las auditorías de prevalencia.

RESULTADOS:

Se evaluaron 150 pacientes, 58,7% hombres y 41,3% mujeres, con una edad media de 74,0 años (D.E.=16,5). se

registraron un total de 55 UPP en 30 pacientes, la prevalencia de UPP fue del 20%, la media de úlceras entre los pacientes con úlcera fue de 1,9 úlceras por paciente. En la evaluación se observan pacientes, de estas heridas 21 eran de estadio I, 23 de estadio II, 8 del III y 3 de estadio IV. Al realizar el estudio de causa-raíz del evento: pacientes con úlceras por presión, se determinan las siguientes espina-ámbito que resultaron más relevantes: Factores Condiciones de Trabajo, Factores de Tareas, Factores de Equipamiento/Recursos y Factores Organizacionales/Estratégicos.

DISCUSIÓN:

La realización de auditorías internas se considera un método fiable y eficaz para la realización de estudios de prevalencia de UPP. El uso del diagrama de Ishikawa es una herramienta de análisis de causa raíz adecuado para la determinación de la causalidad del evento adverso UPP. Aprender de los eventos adversos nos ayuda a eliminar o reducir la probabilidad/impacto en el futuro.

P232.– INTEGRACIÓN DEL PACIENTE EN SU PROCESO ASISTENCIAL (INEPA) Y REDES SOCIALES.

SEGARRA-SANCHEZ LS, MARTINEZ-MARTINEZ AM, ORTEGA-DICHA MO, ARCE-CAPARROS RA, HERNANDEZ-ROMEU AH, SEGARRA-CASTELLO LS.

CENTRO DE RECUPERACION Y REHABILITACION DE LEVANTE. SAN ANTONIO DE BENAGEBER.

OBJETIVOS:

1.- Facilitar la participación del paciente en su proceso asistencial 2.- Proporcionar mayor seguridad asistencial 3.- Gestionar la marca del CRRL "Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante"

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos añadido a nuestro programa INEPA de participación de los pacientes y familia en su proceso asistencial, el uso de una Red Social (Facebook concretamente) con el fin de continuar nuestra comunicación con nuestros clientes (Enfermos, familiares y las Mútuas) y permitir una participación sin reservas y una expresión de la calidad percibida por ellos..

RESULTADOS:

Hemos conseguido que la organización sanitaria escuche y facilite la participación de sus stakeholders (Enfermo, familia, entorno laboral). En 3 meses hemos resuelto el 95.23% (40/42) La tasa de Sucesos Adversos ha pasado del 9.03 (ICO 95% de 1.2) a 5.01 (ICO 95% de 0.92).. No se han podido constatar resultados en la gestión de la marca debido al escaso tiempo de implantación del programa.

DISCUSIÓN:

Es una realidad contrastada que la participación del enfermo y su entorno cercano genera mayor confianza en la asistencia sanitaria y menor riesgo de sucesos adversos. Nuestro proyecto INEPA que estaba funcionando a nivel intrahospitalario con resultados esperanzadores ha sido reforzado y ampliado con el uso de una red social (Facebook concretamente) obteniendo una mejora aceptable que, esperamos siga aumentando a medida que el uso de estas herramientas se vaya implantando en la sociedad. El riesgo de dañar la imagen por exponerse a las críticas en un foro

público ha sido contrarrestado con éxito gestionando adecuadamente y con máxima diligencia las respuestas. Esperamos que con el tiempo la imagen de marca del CRRL se vea reforzada.

P233.– VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA ¿COMO MEJORAMOS?.

MEROÑO-RIVERA MD, MADRID-CLEMENTE EM, LEON-NAVARRO J, MENCHON-P, BERLINCHES-ACIN P.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

1. Evaluar la mejora de calidad en aplicación de la ventilación mecánica no invasiva (VNI) en una planta de neumología de hospital de nivel 2 tras la aplicación de medidas correctoras. 2. Describir población atendida y analizar carga de trabajo de enfermería en Neumología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ensayo cuasi-experimental "antes-después" prospectivo consecutivo con pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria en nuestra planta de neumología bajo tratamiento con ventilación no invasiva en algún momento de su evolución clínica. Se definieron 17 criterios de calidad y se realizaron mediciones durante los meses de otoño de 2009 (periodo antes) y 2010 (periodo después). Se aplicaron las siguientes medidas de mejora: puesta en marcha de una Unidad de Cuidados Respiratorios en febrero 2010, rediseño de circuitos, disponibilidad inmediata de ventiladores y fungibles con colaboración de la empresa suministradora, dotación de enfermería dedicada en exclusiva a la Unidad (de 8 a 15h), carro de trasporte para inicio de ventilación fuera de la Unidad, diseño de hojas de registro para la monitorización clínica y de parámetros de VNI.

RESULTADOS:

93 mediciones (49 antes y 44 después) en 46 pacientes (22 antes y 24 después) en los 3 turnos de enfermería (48% mañana, 32% tarde, 18% noche). 45% mujeres, edad media 70.8±11.3 años (rango 45-87). Tratamientos domiciliarios: oxígeno 52%, VNI 29%. Media de ingresos por causa respiratoria en últimos 12 meses: 1.83 ±2.1. Motivo de VNI: EPOC agudizado 57%, obesidad 16%, edema agudo pulmonar 11%. Lugar de inicio de VNI: Urgencias 55% y planta Neumología 43%. Realización de 5.71±3.6 gasometrías por paciente. Inicial: pH 7.31 ±0.78, PCO2 69.4

±15.7 mmHg. Final: pH 7.39 ±0.03, PCO2 54.6 ±8.7 mmHg. Complicaciones en 15% (12% antes vs 22% después, p=0.259). Pauta de VNI: alterna 78%. Parámetros aplicados: IPAP 19.8 ±2.4 cm, EPAP 7.3 ±1.5 cm, oxígeno añadido 3.4 ±2.5 litros. Estancia media: 10.8 ±5.5 días. Días de VNI: 8.3 ±5.2 días. Horas de VNI: 118 ±79 horas. El cumplimiento de criterios se muestra en tabla adjunta.

DISCUSIÓN:

1. El servicio ha conseguido aumentar la calidad de la aplicación de VNI, aunque debe mejorar en registro de parámetros ventilatorios y constantes vitales. 2. El personal de enfermería afronta una carga creciente de trabajo en la atención a los pacientes con VNI, expresada como edad, comorbilidades y situación clínica, prevención de complicaciones, realización de gasometrías, tiempo de VNI y estancia media.

P234.– LA GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN, VALORACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

QUIRÓS-MORATÓ T, CUESTA-PEREDO D, ARNAU-PLAZA T, BURDEOS-PALAU E, TABERNERO-ALBA E, MARÍN-FERRER M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

1. Promover la utilización de las herramientas aplicadas en la gestión de la calidad y la seguridad clínica de los pacientes, a través de un modelo de desarrollo de carrera profesional que permita recompensar las mejores prácticas asistenciales. 2. Implantar un modelo de carrera profesional motivador en el que los profesionales se vean recompensados a través del cumplimiento de los objetivos asistenciales de calidad propuestos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El Departamento de Salud de La Ribera ha desarrollado un modelo de carrera en el que el profesional es evaluado por tres áreas: Objetivos de Calidad Asistencial (OAC), Adquisición de conocimientos en Investigación (OCI), Compromiso con la Organización(OCO). Los OAC constituyen el 50% de la carrera profesional y evalúan por una lado la atención percibida por los pacientes o Calidad Percibida mediante las encuestas de satisfacción de la Agencia Valenciana de Salud, Participación en iniciativas y foros de calidad y seguridad y Calidad científico-técnica del trabajo desarrollado mediante el diseño e implantación de indicadores basados en la OMS, AHRQ, Ministerio de Sanidad y Acuerdos de Gestión de la Conselleria de Sanitat.

RESULTADOS:

En 2010 se han evaluado un total de 994 profesionales a través de 34 indicadores de calidad percibida, 143 indicadores de Calidad Científico-Técnica y 72 foros de calidad y seguridad clínica en los que han participado 382 profesionales diferentes.

DISCUSIÓN:

El modelo de carrera profesional de calidad propuesto y su peso dentro del modelo global ha permitido disponer de una

herramienta muy útil a la hora de difundir la cultura de la calidad y seguridad clínica y de potenciar la participación e integración de los profesionales en la colaboración y difusión de las mismas. La implantación y potenciación de las políticas de seguridad y calidad asistencial se ve facilitada a través del modelo de carrera profesional diseñado, ya que facilita la motivación de los profesionales hacia esta cultura.La redefinición anual de los objetivos de participación, calidad percibida y calidad científico-técnica permitirá en los próximos años hacer foco en los aspectos de calidad y seguridad del paciente en los que la organización este mas interesada.

P235.– CHECK-LIST QUIRÚRGICO ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS? RESULTADOS Y NUEVOS OBJETIVOS.

BURDEOS-PALAU E, GÓMEZ-BRAU A, GÓMEZ-SÁNCHEZ MA, GÓMEZ-GUTIÉRREZ E, LLOPIS-CALATAYUD E, QUIRÓS-MORATÓ T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA(VALENCIA).

OBJETIVOS:

1. Dar a conocer cómo hemos implantado el check-list quirúrgico 2. Potenciar, documentar y cuantificar el registro de los problemas que se han podido evitar gracias a la implantación 3. Determinar la relación entre la puesta en marcha y los proyectos de prevalencia de eventos adversos

MATERIAL Y MÉTODOS:

El 15 de enero desde el 2010 se pone en marcha el listado de verificación quirúrgica de la OMS adaptado a la realidad de nuestro hospital (hasta 14 versiones diferentes). Excepto en las intervenciones urgentes y las intervenciones que se llevan a cabo con anestesia local el check-list quirúrgico se realiza en los Servicios de: C.Maxilofacial,C.General y Digestiva,C.Plástica, Neurocirugía, Ginecología, C.Pediátrica, C.Torácica, Anestesia y Reanimación, ORL, COT, Urología,Oftalmología,C.Cardiaca,C.Vascular.La enfermera circulante es la responsable del check-list y quien se encarga de validar las preguntas, al finalizar la intervención el cirujano, anestesista, enfermera instrumentista y enfermera circulante firman el listado.Los criterios para cuantificar si un check-list está completo se tiene en cuenta si el check-list está correctamente identificado, si todas las preguntas están chequeadas y si existe al menos una firma.

RESULTADOS:

Tras un año y cinco meses de implantación se han analizado más de 11610 listados de verificación quirúrgica y se han mantenido más de 25 reuniones con los diferentes Jefes de Servicio y responsables de Enfermería. El indicador de nº de intervenciones en el que se realiza el check-list quirúrgico es de 89.60% de media en el 2010, aunque en el primer trimestre del 2011 ya supera el 91.31%. Se han generado más de 80 informes individualizados para cada Servicio que incluyen la evolución por meses, por turnos y datos de cada profesional. Por categoría profesional destaca la

participación de la enfermera circulante y la enfermera instrumentista seguido del anestesista y el cirujano.Gracias a la implantación del check-list en noviembre del 2010 se detectó un problema de identificación de lado quirúrgico.

DISCUSIÓN:

Muchas son las ventajas de la implantación del listado de verificación quirúrgica y probablemente la más importante sea la mejora que ha supuesto en cuanto a la comunicación entre los profesionales y el trabajo en equipo. Además es importante destacar que a pesar de que en un primer momento se consideró como un elemento burocrático, hoy en día nadie cuestiona que si su utilización sirve para evitar algún evento adverso .En contraposición, es cierto que se trata una medida de proceso y no de resultado, y sobretodo de un indicador más cuantitativo que cualitativo, por eso es fundamental y prioritario cuantificar qué es lo que supone la puesta en marcha del listado y relacionarlo con estudios de eventos adversos y de complicaciones (GRD-APR4).

P236.– MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, MEJORANDO LA HIGIENE DE MANOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

ROCA-FERNANDEZ-CASTANYS ER, MUÑOZ-MARTIN OM, SKODOVA MS, FERMNANDEZ-SIERRA AF, ROSALES-RODRIGUEZ MR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

OBJETIVOS:

En los tres Servicios de Urgencias (Hospital General, Maternoinfantil y Rehabilitación-traumatología) se atienden diariamente aprox. 1000 usuarios. Hay que tener en cuenta la seguridad del paciente en cuanto entre en contacto con la asistencia sanitaria y ésta comienza con la buena higiene de manos (HM) para evitar el evento adverso más frecuente, las infecciones. Desde el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública se impartieron sesiones formativas de una hora de duración dirigidas a todo el personal sanitario de los Servicios de Urgencias.El objetivo fue evaluar la adherencia a la HM y la percepción sobre la misma entre los dos periodos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal mediante cuestionario ad hoc dirigido al personal de los servicios de urgencias de los tres centros del hospital que asistieron a las sesiones formativas durante 2009 y 2010. Se valoraron conocimientos sobre HM, evaluando variables sociodemográficas y características relativas a la HM. Se calcularon medias, medianas y porcentajes y se aplicaron los test t de Student y Chi-cuadrado para la comparación de las variables en los dos periodos.

RESULTADOS:

Se recogieron 163 cuestionarios en 2009 y 53 en 2010, con distribución similar en cuanto a sexo y edad (82% de mujeres, 39% entre 31 y 45 años y 43% mayores de 45 años). El motivo más importante en la HM fue evitar infecciones pacientes 59%, evitar infecciones en profesionales 41%; y el método más frecuentemente usado fue agua y jabón 66%, agua y jabón antiséptico 32% y solución alcohólica 2%, ambas variables sin diferencias significativas. La utilidad de la HM fue valorada como muy

grande en un 84% en ambos años. La información sobre HM que declaran haber recibido los profesionales, se ha incrementado de 57% en 2009 a 80% en 2010, $p<0,01$. Asimismo mejoró la percepción sobre el ejemplo que dan las supervisoras en buena HM, pasando del 40% en 2009 al 67% en 2010 ($p<0,01$). El promedio de HM realizada por persona y turno de trabajo fue de 17.6±13.2 en 2009 y 14.7±7.6 en 2010, no significativo.

DISCUSIÓN:

Se han observado escasas diferencias en cuanto a la percepción de la HM por los profesionales de urgencias, incrementándose la formación recibida y la correcta realización de la HM por parte de supervisoras, siendo éstas un buen ejemplo a seguir para el resto de los profesionales de la unidad. Se debe potenciar la formación en HM hacia los profesionales sanitarios de urgencias que mejore su percepción sobre seguridad del paciente. Agradecimientos:Proyecto financiado por el FIS (exp: 07/0678)

P237.– CÓMO CONVERTIR LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN UNA HERRAMIENTA ÚTIL DE GESTIÓN.

LATORRE-GUISASOLA M, BILBAO-UNIBASO I, SAN SEBASTIÁN-DOMÍNGUEZ JA, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, LLAMAS-HERMOSILLA AM.

HOSPITAL DE CRUCES. BARACALDO.

OBJETIVOS:

Describir los cambios introducidos en la presentación de los resultados de las encuestas de satisfacción con el fin de aumentar su adecuación y utilidad para la toma de decisiones y la mejora continua.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Utilizamos las encuestas de satisfacción elaboradas en Osakidetza y realizadas anualmente –mayo/junio- para conocer la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado durante la hospitalización. 2. Nos basamos en la matriz REDER del Modelo EFQM de excelencia (versiones 2003 y 2010) para evaluar los resultados. 3. En el año 2009 introdujimos una herramienta de análisis de Importancia-Valoración (esta herramienta se basa en la hipótesis de que el servicio se compone de una serie de atributos independientes y que la valoración global que perciben los usuarios de ese servicio se conforma mediante la agregación ponderada de las evaluaciones de cada uno de estos atributos). En esta técnica, 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. 4. Se utilizan los resultados de otros hospitales de Osakidetza para realizar comparaciones. 5. Se establece una sistemática de reflexión anual en el equipo de la Unidad de Calidad.

RESULTADOS:

1. Hasta el año 2004 se presentan los resultados que registran que una determinada característica de calidad está presente o se le ha dado una valoración positiva. Los resultados aparecen en forma de porcentaje de esa categoría sobre el total de personas que respondieron a la pregunta. 2. La impronta de la introducción del Modelo EFQM facilitó la realización de evaluaciones con tendencias y

objetivos (2005) y comparaciones (2006). 3. En los dos años siguientes (2007 y 2008), el informe incluyó un apartado de Conclusiones, a modo de "puntos fuertes" y "áreas de mejora" basadas en la evaluación de las tendencias, consecución de objetivos y comparaciones. 4. En 2009, el análisis de importancia-valoración (AIV) permitió focalizar las conclusiones en un grupo pequeño de áreas de mejora, que además, habían sido priorizadas por los pacientes.

DISCUSIÓN:

1. Las encuestas siguen siendo una metodología adecuada para medir la percepción directa de los colectivos de pacientes. Sin embargo, el análisis de los resultados requiere un esfuerzo metodológico más allá de la descripción porcentual de los resultados. 2. Herramientas como la matriz REDER del Modelo EFQM proporcionan criterios de evaluación de resultados. Sin embargo, la complejidad de su interpretación los hace poco útiles para identificar áreas de mejora concretas. 3. Herramientas como el AIV permiten focalizar las áreas de mejora en aquellos aspectos que los pacientes consideran más importantes. Esta metodología permite orientar los recursos a los factores clave de la satisfacción de los pacientes.

P238.– ÁCIDO TRANEXÁMICO EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA, EN UN HOSPITAL COMARCAL: SEGURIDAD CLÍNICA, EFICIENCIA Y ÉTICA.

TURON-FRANCH C, ESCOBAR-JUAN A, TOLDA-LLAO Y, LLAMBRICH-VIDAL M, BORIA-REDONDO A, TOMAS-CARTES M.

HOSPITAL COMARCAL AMPOSTA. AMPOSTA.

OBJETIVOS:

Realizar estudio sobre el efecto del Ácido Tranexámico y su influencia, en la seguridad del paciente, la eficiencia y la ética en cirugía protésica total de rodilla (PTR) y cadera (PTC)

MATERIAL Y MÉTODOS:

El Comité de Transfusiones y el Núcleo de Calidad y Seguridad Clínica de este centro, observan una disminución de las transfusiones de concentrados de hematíes y de las complicaciones postoperatorias, paralelamente a la administración del Ácido Tranexámico, en el proceso quirúrgico de PTR y PTC. Profesionales de enfermería del Bloque Quirúrgico y de la Unidad de Hospitalización, forman un equipo, para estudiar la eficiencia de este fármaco. Estudio descriptivo comparativo retrospectivo de casos, 176 pacientes divididos en dos grupos: Se revisan 88 Historias Clínicas, años 2007, 2008 y parte del 2009 sin administración de Ácido Tranexàmico y 88 Historias Clínicas, años 2009 y 2010 con administración de Ácido Tranexàmico con una dosis de 15mg/kg 15 minutos antes de la incisión quirúrgica inicial y 15mg/kg antes de la retirada de la isquemia en la cirugía traumatológica de PTR y una dosis única de 15 mg/kg Ácido Tranexàmico 15 minutos antes de la incisión quirúrgica inicial en la cirugía traumatológica de PTC. El número de Concentrados de Hematíes, las complicaciones postquirúrgicas, la estancia hospitalaria y el ahorro económico fueron comparados entre los dos grupos.

RESULTADOS:

Disminución de transfusiones sanguíneas. Años 2007, 2008 y 2009, 133 Unidades de sangre transfundidas a 83 pacientes y años 2009 i 2010, 15 Unidades de sangre transfundidas a 9 pacientes. Reducción 1 dia de estancia hospitalaria. Año 2007, 2008 i 2009, 9 dias de estancia

media y 2009 i 2010, 8. Reducción del coste transfusional en 14.477 €. Año 2007, 2008 i 2009: 19.759,81 € y año 2009 i 2010, 2.282,08 €. Año 2007, 2008 i 2009, promedio hematocrito 31 % y de hemoglobina 10 mg/dl post-transfusión. Año 2009 i 2010, sin transfusión, promedio hematocrito 33 % y hemoglobina 11 mg/dl. No se apreciaron, en ningún paciente, efectos adversos a la administración del Ácido Tranexámico.

DISCUSIÓN:

El Ácido Tranexàmico reduce significativamente el núm. de transfusiones de Concentrados de Hematíes en cirugía traumatológica de PTR y PTM. Esto refleja una significante reducción del número de complicaciones postquirúrgicas, estancia hospitalaria y ahorro económico. Además se suma el componente ético en el proceso, el cual da respuesta a las necesidades de algunos colectivos religiosos, etc.., que desde hace tiempo hacen llegar esta demanda al Comité de Ética Asistencial de la posibilidad de incluir procesos quirúrgicos sin transfusión de hemoderivados.

P239.– IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS DE MEDICACIÓN DESDE UN GRUPO DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO.

BURDEOS-PALAU E, SÁNCHEZ-ALCÁRAZ A, GOMIS-BALDOVÍ S, CALATAYUD-TORTOSA C, GASTALDO-SIMEÓN E, GARCIA-DEL BUSTO N.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

1. Potenciar la notificación de incidencias y potenciales incidencias de medicación por parte de los profesionales sanitarios 2. Implantar las medidas necesarias para subsanar las incidencias recogidas 3. Difundir y sensibilizar sobre la importancia de notificar eventos adversos relacionados con la medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En junio del 2010 se crea el Grupo de Seguridad del Medicamento de Uso Hospitalario formado por dos médicos (uno de ellos pediatra), dos enfermeras, tres farmacéuticos, un técnico de farmacia, un informático y un responsable de seguridad clínica. Uno de los objetivos fundamentales la implantación de un sistema de notificación de incidencias o potenciales incidencias relacionadas con la medicación. Como modelo de notificación se ha utilizado el formulario del ISMP- España. Se ha permitido que la notificación se realice de forma anónima Se han instalado un total de 20 buzones repartidos por el hospital, además de una dirección de correo electrónico. La información recogida se difunde a través de boletines informativos por correo electrónico y en la intranet del Departamento de La Ribera.

RESULTADOS:

Tras la implantación de los buzones se han recogido un total de 12 incidencias relacionadas con la seguridad en las soluciones intravenosas de gran volumen, recordatorios sobre qué hacer en caso de detectar errores en los carros de medicación y de cómo ver y registrar una alergia en el sistema informático, qué hacer ante un prospecto en un idioma diferente al español y de retirada de presentaciones medicamentosas en el hospital Se han generado dos boletines informativos que recogen e informan sobre las medidas llevadas a cabo a partir de cada notificación.

DISCUSIÓN:

Es imprescindible el feedback con los profesionales para que el proyecto salga adelante y continúe la notificación. Para ello es fundamental que la notificación sea ágil y de fácil acceso. Además el hecho de que la notificación se pueda realizar de forma anónima y de que el sistema no sea punitivo constituye el éxito de esta herramienta.

P240.– EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN EL PUESTO DE TRABAJO SOBRE METODOLOGIA ENFERMERA .

LIDON-SANCHEZ FJ, RUIZ-CASTILLO E, HERNANDEZ-LAPAZ F, PEREZ-GARCIA MC, LEAL-LLOPIS J, LIFANTE-PEDROLA Z.

AREA DE SALUD VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar la satisfacción y la aplicabilidad de los talleres formativos sobre el registro informático de planes de cuidados en nuestro Área de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio descriptivo de los talleres realizados en 9 Zonas Básicas de Salud (ZBS) durante 4 meses. Las variables estudiadas han sido edad, años trabajados, objetivos, expectativas, diseño, organización, nivel, condiciones ambientales, material, metodología y aplicación. Estas variables fueron evaluadas mediante un cuestionario anónimo y que valoraba como 1lo más desfavorable y 5 lo más favorable. Los datos se han analizado con el programa informático SPSS 15.0

RESULTADOS:

Se han formado de manera individualizada a 62 DUE, lo que corresponde al 100% de los profesionales de las ZBS estudiadas. La edad media de los participantes fue de 52,47 años y los años trabajados fue de 28,1. Las variables mejor puntuadas fueron la metodología aplicada por el profesor (4,62) y el estilo de animación y clima general (4,54). Las variables con menor puntuación fueron las condiciones ambientales (3,85) y el responder a las expectativas de los alumnos (4,16).

DISCUSIÓN:

La formación mediante talleres en expuesto de trabajo ha sido muy valorada por los trabajadores en todas las áreas evaluadas

P241.– MEJORA DEL CONOCIMIENTO Y ACCESO AL ÁREA DE ENFERMERÍA DE LA INTRANET DE UN HOSPITAL DE ÁREA.

PARRAGA-MARTINEZ J, MARTIN-MARTINEZ I, BAUTISTA-PARDO R, CARVAJAL-GONZALEZ MA, LOPEZ-SANCHEZ A, PELLICER-ALONSO M.

AREA DE SALUD VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar y mejorar el conocimiento y acceso al área de enfermería de la intranet del Hospital Morales Meseguer

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio cuasi experimental (ciclo de mejora). Los sujetos de estudio han sido los trabajadores de la división de enfermería del Hospital Morales Meseguer. Los criterios/variables utilizados han sido: variables sociodemográficas, conocimiento de la intranet, realización de consultas, conocimiento del área de enfermería, causas de desconocimiento, apartados más interesantes y frecuencia de consultas. Las medidas correctoras implantadas tras la primera evaluación fueron sesiones informativas por las unidades de enfermería y despliegue de cartelería indicando la documentación a la que pueden tener acceso en la intranet del centro. Los datos fueron recogidos mediante encuestas realizadas en el puesto de trabajo.

RESULTADOS:

Se han recogido 214 evaluaciones en la primera evaluación y 124 en la 2ª evaluación.

El conocimiento de la intranet ha pasado del 60,8% al 86,4% en la segunda evaluación ($p<0.001$).

La realización de consultas a la intranet fue del 33,7% en la primera evaluación y del 62,4% en la 2ª evaluación ($p<0.001$).

El conocimiento del área de enfermería paso del 38,9% en la 1ª evaluación al 65,6% en la segunda ($p<0.001$).

Tanto en la primera evaluación como en la segunda los apartados más consultados en el área de enfermería han sido protocolos y procedimientos, documentación de las

unidades clínicas, enlaces de interés y documentación sobre las sesiones de enfermería.

Respecto a la frecuencia de consultas, los usuarios que acceden todos los días ha pasado del 5,8% al 10,84%, los que acceden una vez a la semana ha pasado del 15,11% al 22,89% y los que acceden una vez al mes del 4,65% al 15%.

DISCUSIÓN:

Se ha conseguido un mayor conocimiento y accesibilidad a la intranet del hospital en general y al área de enfermería en particular. Esta mejora garantiza que esta herramienta pueda ser utilizada de forma eficaz como instrumento de comunicación interna en la organización.

P242.– GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. LOS PROFESIONALES SANITARIOS OPINAN.

TERRON-MANCEAU C, SOLÍS-MUÑOZ M, DE ANDRÉS-GIMENO B, TÉBAR MA, MILLÁN-SANTOS I, JAIME-ARRANZ M.

HOSPITAL PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. MADRID.

OBJETIVOS:

Conocer la opinión de los profesionales adscritos al Servicio de Obstetricia y Ginecología sobre la gestión de la Calidad Asistencial del Servicio, previo a la implantación de un Sistema de Gestión basado en Procesos según norma ISO 9001.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal (dic-2010) mediante encuesta que se entregó en mano a todos los profesionales sanitarios (enfermeras, auxiliares, matronas, ginecólogos y anestesistas) adscritos al Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital universitario de Madrid. Para recoger las encuestas se colocaron dos urnas, en paritorio y planta. Variables: sexo, edad, laborales, de opinión sobre aspectos organizativos, logísticos, del entorno laboral, etc., del Servicio. Instrumento: La encuesta tenía una parte de datos personales-laborales y otra con 37 preguntas de opinión cerradas a contestar con escala likert de 0 (lo peor) a 10 (lo mejor), englobadas en los apartados que contempla la norma ISO 9001 sobre Sistema de Gestión de la Calidad, responsabilidad de la Dirección, gestión de los Recursos, realización del producto, etc. Análisis: descriptivo, expresado en media y desviación típica.

RESULTADOS:

De 158 encuestas se consiguió una tasa de respuesta del 66%. El 61% de los participantes eran personal de enfermería. El 60% de los profesionales tienen entre 30-50 años; el 70% son mujeres; el 54% son eventuales; el 68% con más de 5 años de experiencia. Los resultados más relevantes: Conocen la política de Calidad del Servicio con 4.24(2.7) y la Normativa Legal para el desempeño del trabajo con 5.25(2.9). Opinan que la actividad clínica está documentada con 7.35(1.9). Consideran que la calidad de la

atención prestada a los usuarios es de 8.6(1.2). La gestión del Jefe de Servicio es valorada con 6.13(2.4) y la gestión de la Supervisora con 6.59(2.4). Los conocimientos en ISO 9001 son valorados con 3.42(2.7) y consideran que la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en Normas ISO para el Servicio es 6,6(2,3). La motivación para la realización del trabajo con 7.8(1.8). Las relaciones entre los profesionales con 7.05(1.8). Las condiciones de seguridad en que realizan su trabajo en el Servicio es de 7,39(1,8). El grado de satisfacción general con el trabajo es 7.16(1.6). Se observaron diferencias significativas ($p<0,05$) en algunas variables en función de la categoría profesional, la edad, la vinculación laboral y el tiempo de ejercicio profesional.

DISCUSIÓN:

Los profesionales no conocen la política de Calidad del Servicio ni la Norma ISO 9001 y tienen un escaso conocimiento de la Normativa Legal para el desempeño del trabajo. No obstante, consideran adecuada la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad para el Servicio basado en Normas ISO. Los profesionales valoran positivamente la gestión de sus jefes, la seguridad del entorno, las relaciones profesionales y la motivación en el trabajo. Consideran que la calidad de la atención prestada es alta y se sienten satisfechos.

P243.– INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS ENFERMEROS EN HOSPITALIZACIÓN: PLAN DE ACOGIDA E INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

MARTINEZ-ROMERO C, DIAZ-VELÁZQUEZ B, GÓMEZ-SÁNCHEZ R, HELLÍN-MONASTERIO J, FERRER-BAS MP, FERNANDEZ-REDONDO MC.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

- Normalizar los registros de Enfermería, en la Historia Clínica Electrónica del paciente. - Favorecer la recogida de los registros al personal de Enfermería. - Mejorar la continuidad de cuidados de Enfermería tras el alta de hospitalización - Facilitar la medición de los objetivos de calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Formación masiva a todo el personal de Enfermería del ámbito de hospitalización; acompañada de soporte 'in situ' para aclaración de dudas. - Cambio de formato papel a formato electrónico de los registros enfermeros, (no de forma). - Valoración de Enfermería guiada; normalización de la información recogida. Esto da la posibilidad de una consulta ágil de anteriores episodios (continuidad de cuidados intra-hospitalaria). - Escalas de Valoración de Riesgo de Caídas y de Valoración de Riesgo de UPP con campos de cumplimentación obligatoria para recordar su recogida. - Informe de Continuidad de Cuidados al Alta estructurado por patrones de Enfermería (M. Gordon), de fácil cumplimentación.

RESULTADOS:

Con la informatización de los registros hemos conseguido la normalización del Plan de Acogida (Valoración de Enfermería, Escala de Valoración de Riesgo de Caídas – DownTown y Escala de Valoración de Riesgo de UPP – Norton modificado); hemos facilitado la recogida de estos registros al personal de Enfermería utilizando formularios pre-diseñados; se ha mejorado la continuidad de los cuidados tras el alta, con la realización del informe en formato digital, y hemos obtenido un conjunto de variables

para una posterior explotación de los datos, que facilita la medición de los objetivos de calidad asistencial.

DISCUSIÓN:

Tras la informatización de estos registros podemos concluir que se ha visto aumentada la actividad del personal de Enfermería, ya que debe imprimir los registros que realiza para que formen parte de la historia del paciente en papel. Pero, a su vez, gana en conocimiento informático, preparándose de forma escalonada a la implantación total de la Historia Clínica Electrónica; puede consultar la información de ingresos anteriores, y tiene la posibilidad de sacar datos sistemáticos de forma global para su interpretación, y posterior evaluación, facilitando los estudios de investigación.

P244.– URGENCIAS PEDIÁTRICAS: UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ESTRUCTURADO PERMITE ATENDER LA EXCESIVA DEMANDA ASISTENCIAL.

MONTALVÁ-MARTÍNEZ L, CUESTA-PEREDO D, BURDEOS-PALAU E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA (VALENCIA).

OBJETIVOS:

Determinar el porcentaje de pacientes pediátricos que acuden a urgencias que deberían haber sido atendidos en su centro de atención primaria, según la prioridad clínica asignada y la no necesidad de realización de pruebas complementarias. Objetivos específicos: - Conocer las características sociodemográficas de los pacientes a estudio. - Determinar los síntomas principales de consulta de los pacientes a estudio. - Determinar el porcentaje específico de pacientes atendidos que son dados de alta con y sin realización de pruebas complementarias y los que son ingresados. - Determinar día de la semana y franja horaria de mayor afluencia de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las urgencias pediátricas de un hospital universitario comarcal del 1 de Enero de 2009 a 31 de Diciembre de 2009 con edades comprendidas entre 0-13 años, que acuden tanto por derivación de un facultativo extrahospitalario como por iniciativa propia y presentan patologías banales que no requieren asistencia hospitalaria urgente (consideramos los pacientes con prioridad clínica P-4 y P-5 según Manchester como patologías banales).

RESULTADOS:

Se atendieron un total de 18223 pacientes con una edad media de 3,98 y una media de niños atendidos al día de 49,92. El 47,33 % de pacientes atendidos fueron niñas, y un 52,67% niños. El 94,77% acudieron a urgencias por iniciativa propia sin haber sido valorado anteriormente por ningún facultativo extrahospitalario, y sólo un 5,23% fueron derivados. En ambos casos destaca la prioridad P4 según Manchester con un 94,61% para los pacientes que acudieron por iniciativa propia y un 86,98% para los pacientes derivados. Según el sistema de clasificación Manchester del

total de pacientes atendidos el 94,22% fueron triados con una prioridad P4, el 3,19% se les asignó una prioridad P3, un 1,59% fueron triados con una prioridad P5, y sólo un 0,97% y un 0,04% corresponden a los triados con una prioridad P2 y P1. El 48,73% de pacientes acudieron a urgencias en el turno de la tarde; un 31,73% acudieron en el turno de mañana y un 19,54% acudieron en el turno de noche. La frecuentación según el día de la semana aumenta a partir del viernes siendo el pico máximo el domingo. El miércoles es el día con menos frecuentación. Los pacientes que acudieron a urgencias y fueron triados con prioridades leves P4 y P5 sólo un 3,72% ingresaron tras la realización de al menos una prueba complementaria; un 26,45% fueron dados de alta tras la realización de alguna prueba complementaria, y un 69,74 % fueron dados de alta directamente sin realización de ninguna prueba complementaria.

DISCUSIÓN:

El sistema de clasificación Manchester es una herramienta imprescindible en las urgencias hospitalarias que permite priorizar y organizar la asistencia proporcionando una mejor calidad asistencial, disminuyendo la saturación y mejorando el flujo de los pacientes.

P245.– ¡SÍ SE PUEDE! PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA UNIDAD DE APOYO DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP).

DULANTO-BANDA RA, FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ C, FERNÁNDEZ-GALLARDO-COGOLLUDO MJ, DE LA HIJA-DÍAZ MB, GRAGERA-GABARDINO F.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA. TALAVERA DE LA REINA.

OBJETIVOS:

Aunque los canales y contenido de lo que comunicamos son la base para que el proceso de la comunicación sea eficaz, la gestión de la comunicación interna implica una estrategia insertada en la cultura de la organización. Los objetivos son: 1) Describir la elaboración de un Plan de Comunicación Interna (PCI) en una Gerencia de AP aplicado a la Unidad de Apoyo a la Gerencia (UAG), 2) Definir el proceso para la detección y recogida de necesidades de comunicación, 3) Conocer los resultados tras un año de implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras la autoevaluación EFQM en el 2009, se identificó la necesidad de desarrollar e implantar un PCI. Las fases de despliegue fueron: 1. Constitución del grupo de trabajo. 2. Revisión de las herramientas existentes. 3. Identificación de las necesidades de comunicación y propuestas de mejora (grupo nominal). 4. Diseño y aplicación de un cuestionario autoaplicativo y anónimo preguntas relativas a los principales problemas específicos, las barreras en la GAPTA y dentro de su propio servicio y la frecuencia de utilización de los canales, según problemas identificados. 5. Elaboración del PCI, alineando objetivos, resultados de las fases anteriores e indicadores. 6. Recopilación de problemas y propuestas de mejora por servicios (tormenta de ideas). 7. Revisión, modificaciones, aprobación y difusión del PCI. 8. Creación de la Comisión de Comunicación Interna.

RESULTADOS:

El grupo de trabajo, constituido por 10 personas y liderado por la responsable de comunicación, mantuvo 10 reuniones con asistencia del 79,2%. La tasa de respuesta de la encuesta fue de un 78% (53/68) siendo la media de la

valoración global de 3,43 (DE 1,942; Mediana: 3) en una escala del 1 al 10. Se diseñó un plan a 3 años con 9 líneas estratégicas, 9 objetivos específicos y 24 acciones de mejora detallando los responsables, el cronograma y los indicadores para cada una. Se recogieron 101 propuestas de mejora desde los servicios, el 31,7% alineadas con lo ya propuesto en el PCI, aunque muchas de ellas no estaban relacionadas con la comunicación interna. La Comisión de Comunicación, encargada de velar por el cumplimiento del plan, está formada por 14 miembros y ha mantenido hasta el momento 6 reuniones. De las 17 acciones de mejora previstas para 2010, 12 se están desarrollando dentro del plazo (70,6%), 2 van con retraso (11,8%) y 3 no se han iniciado (17,6%).

DISCUSIÓN:

A pesar de la alta participación en el grupo de trabajo es necesario implicar a quienes, según se refleja en la encuesta, valoran más negativamente este aspecto. La creación de la Comisión de Comunicación ha permitido una implantación exitosa de las acciones de mejora, lo que ha supuesto un punto de partida para un cambio positivo en la comunicación interna, identificando áreas de mejora desde la perspectiva de las personas que componen la UAG. La intención de esta estrategia es la extensión a los profesionales de toda el área sanitaria y la valoración del impacto real en las personas que componen la organización.

P246.– ACCESO DIRECTO DESDE LA HC CON EL SISTEMA INFORMÁTICO FLORENCE AL PROTOCOLO CLÍNICO DESARROLLADO POR EL SERVICIO.

RUSO-DIEZ A.

HOSPITAL TORREVIEJA.

OBJETIVOS:

Los Sistemas de información facilitan el acceso a la información recogida en los Protocolos Clínicos elaborados por los diferentes Servicios del Departamento. OBJETIVOS: •Rápido acceso a la información desde la HC •Normalización de los Protocolos Clínicos del Departamento •Circuito de aprobación único.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1.Elaboración La elaboración de los Protocolos Clínicos será responsabilidad de cada Servicio. Deben estar diseñados a modo de consejos de actuación ante problemas comunes. Sus decisiones se basan en: a.Una extensa revisión bibliográfica en revistas de la especialidad y en libros considerados esenciales. b.La exposición y discusión del contenido del protocolo ante una comisión de especialistas c.La adaptabilidad de las recomendaciones a la disponibilidad de recursos técnicos y humanos del centro donde se aplica el protocolo. 2.Revisión El Director Médico de cada Servicio/Unidad realizará una revisión inicial de sus Protocolos Clínicos elaborados en su Servicio. Tras su visto bueno, los remitirá a Calidad. 3.Aprobación Calidad remitirá al Director Médico correspondiente sus Protocolos Clínicos revisados para su aprobación, mediante firma, que plasmará en el apartado de Supervisión y Aprobación. Tras su aprobación, la Dirección Médica los remitirá a Calidad para su protección ante modificaciones, custodia y distribución. Todo Protocolo Clínico debe seguir éste circuito para ser aprobado. Igualmente al modificarse un Protocolo Clínico ya aprobado seguirá el mismo circuito. 4.Distribución Los Protocolo Clínico aprobados son, por petición expresa de Calidad editados en la Intranet por Comunicación Interna para su consulta. Estarán protegidos contra modificaciones y solamente se podrán visualizar o imprimir. El acceso puede ser tanto desde la página de la intranet como directamente

desde la HC desde Florence. 5.Modificación El Responsable de cada Servicio procederá a la revisión de sus Protocolo Clínico, con el fin de incluir posibles modificaciones originadas por cambios que afecten a su contenido. Esta revisión seguirá todos los pasos del circuito anteriormente expuesto. 6.Archivo Calidad archivará los originales de los Protocolos Clínicos vigentes, además será responsable de mantener en archivo, junto con la edición en vigor del Protocolo Clínico, una copia de las ediciones anteriores, identificadas como "obsoletas".

RESULTADOS:

Desde FLORENCE, dentro de una Historia Clínica, el facultativo del Servicio puede acceder para su consulta al listado de los Protocolos Clínicos aprobados y disponibles de su servicio, del Departamento o de otros Servicios que desean distribuirle sus Protocolos para su uso. Siempre su última versión, controlada e imposible de modificar.

P247.– EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DEL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN SISTEMAS AUTOMÁTICOS Y TRADICIONALES.

VENTURA-LOPEZ M, ARRIBAS-DÍAZ B, IRANZO-FERNANDEZ MD, FERNANDEZ-ALVAREZ S, NICOLAS-MAR´TINEZ JJ, BERNAL-BASTIDA JM.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Analizar el correcto cumplimiento de los indicadores de calidad, en los almacenes semiautomáticos y tradicionales de dosis unitaria, como medida básica para la seguridad en la dispensación de medicamentos, y ver si existen diferencias en los resultados obtenidos en ambos almacenes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En los protocolos del servicio de farmacia para el correcto almacenamiento y conservación de medicamentos, se han establecido los siguientes criterios de calidad en el almacenamiento de medicamentos en al área de unidosis: C1: El medicamento está ubicado en el lugar correcto: estándar 100% C2: El medicamento no está mezclado con ningún otro fármaco o con dosis diferentes del mismo fármaco: estándar 100% C3: Los medicamento de más corta caducidad están ubicados en primer lugar: estándar 90% C4: Los diferentes lotes deben estar separados: estándar 90% C5: No existe ninguna unidad caducada: estándar 100% C6: Los medicamentos no están deteriorados: estándar 90% C7: Están perfectamente identificados los medicamentos: nombre, principio activo, dosis y lote y fecha de caducidad: estándar 100%. Durante un año, se han realizado 601 mediciones en cada almacén semiautomático (hay 2 almacenes), y 572 mediciones en el almacén manual, y se ha determinado el grado de cumplimiento de los criterios. Finalmente, realizamos una estadística descriptiva con estimación del intervalo de confianza (confianza de 95%) y prueba de la z de comparación de proporciones (una cola), para verificar que no existen diferencias significativas en cuanto a la calidad del almacenamiento en los diferentes almacenes.

RESULTADOS:

Almacén automatizado tipo Kardex. Cumplimiento de criterios e intervalos de confianza del 95%: C1: 99,69% ±0,32; C2: 99,72% ± 0,30; C3: 92,37±1,50%; C4: 91,72%± 1,55; C5: 99,70% ±0,31; C6: 99,70%±0,31; C7: 99,67%±0,32.

Almacén manual. Cumplimiento de criterios intervalos de confianza del 95%: C1: 99,30%±0,68; C2: 98,43%±1,02; C3: 92,66%±2,14; C4: 90,85%±2,36; C5: 98,60%±0,96; C6: 99,65%±0,48; C7: 99,13%±0,76.

Al realizar la prueba de la z, comprobamos que las diferencias son significativas en los criterios C2 ($z=2,65$, $p<0,005$) y C5 ($z=2,34$, $p<0,025$).

DISCUSIÓN:

-Tanto en almacenes manuales como semiautomáticos se puede conseguir un correcto almacenamiento y conservación de los medicamentos, si se establecen los protocolos adecuados. -En los almacenes semiautomáticos, los indicadores mejoran de forma significativa en el criterio de no estar mezclado el medicamento con otros diferentes o dosis diferentes del mismo medicamento, y en el de que no existan unidades caducadas en los almacenes. -Creemos que al mejorar la calidad del almacenamiento de medicamentos, los almacenes automáticos contribuyen a mejorar la seguridad en la dispensación.

P248.– PLAN MARCO POLO: LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA HECHA REALIDAD EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.

NAVARRO-EGEA AP, FERRER-BAS MP, MARTÍNEZ-ROMERO C, GÓMEZ-COMPANY JA, PUJALTE-RÓDENAS V, MURCIA-ALEMÁN T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Implantar la Historia Clínica Electrónica en todos los Servicios Clínicos y Unidades de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras identificar las necesidades para llevar a cabo la implantación, se realizan las siguientes acciones: - Se realiza una definición previa de la Historia Clínica por parte médica, con la persona de referencia que el servicio designa. - El personal de Enfermería utiliza los registros normalizados por el Grupo de Diseño del Servicio Murciano de Salud. - El hospital crea un grupo de Soporte de personal clínico para cubrir las incidencias y apoyar al personal sanitario en turno de mañana y tarde, todos los días (incluidos fines de semana y festivos), junto con un teléfono móvil para ser localizados. - Se dota del material informático necesario. El criterio de implantación a seguir será por ubicación, es decir, aquellos servicios que se sitúan en una planta concreta, para minimizar el número de personas de soporte necesarias. La implantación será de todo el personal sanitario, al mismo tiempo: nuevos ingresos a cargo del servicio que se inicia. (Los ectópicos se mantienen en la historia en papel). Cada tres semanas, la Dirección del hospital se reúne para valorar los hitos conseguidos y determinar la estrategia a seguir y planificar las tareas a realizar.

RESULTADOS:

En las primeras semanas de implantación se ha conseguido: - Seis unidades de Enfermería implantadas. - Ocho servicios médicos, en los distintos ámbitos del hospital (Hospitalización, Consultas, Hospital de Día, Urgencias). - Pruebas diagnósticas solicitadas de forma electrónica a los departamentos de Laboratorio, Anatomía Patológica y Radiología, desde estos servicios. - Automatización de la

recogida de los datos clínicos en la Historia Clínica Electrónica (Glucemia, T. Arterial, Frecuencia Cardiaca, Electrocardiogramas, etc.), en estas unidades de Enfermería. Durante estas semanas de implantación han surgido distintos contratiempos, que se han ido subsanando con la estrecha colaboración de la dirección del hospital y los servicios y unidades de enfermería implicados.

DISCUSIÓN:

Con este plan estratégico definido por la Dirección del hospital, se está consiguiendo: - Reducir el tiempo de resolución de los procesos patológicos de los pacientes, ya que se reduce el tiempo de obtención de los resultados de las pruebas diagnósticas. - Reducir el gasto económico relacionado con la duplicidad de pruebas diagnósticas. - Facilitar la evaluación de los datos, ya que la recogida se realiza de forma sistemática. - Reducir el gasto en material de impresión de placas radiológicas. Necesidades que se ponen de manifiesto: - Dispositivos móviles y red inalámbrica. - Integración con los sistemas de pruebas especiales, de los servicios clínicos. - Agilidad del programa (de acceso y consulta de datos). - Entorno amigable e intuitivo.

P249.– AUTOMATIZACIÓN DE LA RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA, EN POS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

NAVARRO-EGEA AP, FERNÁNDEZ-REDONDO MC, FERRER-BAS MP, DE LA CERRA-GUIRAO MP, PALAZÓN-FERNÁNDEZ D, GÓMEZ-FRANCO M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

- Evitar la trascripción de datos que se obtienen de aparatos electrónicos que miden parámetros clínicos. - Ahorrar el tiempo empleado en dicha trascripción. - Reducir el tiempo que transcurre entre la toma de los datos y su aparición en la Historia Clínica Electrónica del paciente. - Aumentar la seguridad en la recogida de datos, disminuyendo el error humano que se puede producir durante la trascripción.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Insertar el NHC del paciente en el aparato, utilizando la pulsera identificativa del mismo, con el lector de código de barras. - Medición de los datos clínicos con el aparato electrónico correspondiente. - Sincronización del aparato con la red, para que los datos se pasen a la Historia Clínica Electrónica del paciente. El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, están integrados los siguientes aparatos: o Monitor de Constantes o Glucómetro o Electrocardiograma o Gasómetro

RESULTADOS:

Utilizando este método de recogida de datos hemos conseguido: - eliminar la trascripción de los mismos, ahorrando el tiempo que invertíamos en ésta y reduciendo el número de errores que se pueden producir; - acelerar la aparición de las constantes vitales en la historia del paciente, siendo consultadas por otros profesionales de forma simultánea.

DISCUSIÓN:

Con esta forma de recoger los datos evitamos la trascripción de los mismos, pero no su observación y monitorización en el momento de la medición. Además conseguimos un histórico de datos por paciente, para poder comparar con

estados anteriores y, a largo plazo, un repositorio de datos empíricos para poder evaluar e investigar.

P250.– HERMES: EL MENSAJERO QUE AVISA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA EXISTENCIA DE PETICIONES DE TIPO URGENTE A LABORATORIO.

FERRER-BAS MP, NAVARRO-EGEA AP, SÁNCHEZ-GÁMEZ M, HELLÍN-MONASTERIO J, PASTOR-PALAZÓN J, FERNÁNDEZ-LÓPEZ MM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

- Alertar al personal de Enfermería de la existencia de una petición electrónica a Laboratorio, de tipo urgente en estado: 'Pendiente Extracción'. - Asegurar la realización de la extracción de la muestra. - Reducir el tiempo de espera en la obtención de resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Instalación en los ordenadores del control de Enfermería del software Hermes, diseñado por el Servicio de Informática del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El circuito implantado es el siguiente: - El médico solicita de forma electrónica una prueba urgente a Laboratorio, quedando en estado 'Pendiente Extracción'. - El ordenador del control de Enfermería en el que está ingresado el paciente emite un sonido al tiempo que aparece un cuadro de información que indica el nombre del paciente, su número de historia, la cama que ocupa, la fecha y la hora de creación de la petición y el medico solicitante. - Este cuadro desaparece, y deja de sonar el aviso, cuando se pulsa el botón 'Aceptar' del cuadro de información. - En caso de que sea otra persona la que está utilizando el ordenador, y confirme la lectura del mensaje, la aplicación seguirá sonando cada 10 minutos, hasta que se produzca la extracción de la muestra, asegurando la realización de la prueba.

RESULTADOS:

Instalando el programa Hermes en los ordenadores de las Unidades de Enfermería hemos conseguido: - Avisar al personal de Enfermería de la existencia de la actividad de 'extracción de sangre', en aquellos pacientes cuyas peticiones se realizan en formato electrónico. - Confirmar que se realizan todas las extracciones de las peticiones de tipo urgente solicitadas en un control de Enfermería. - Reducir el tiempo de espera en la obtención de resultados,

ya que aparecen en la Historia Clínica del paciente de forma simultánea a su validación en el servicio de Análisis Clínico, optimizando la resolución del proceso patológico.

DISCUSIÓN:

Con la implantación de la Historia Clínica Electrónica los médicos pueden realizar las peticiones a los pacientes hospitalizados desde cualquier punto del hospital (por ejemplo: Urgencias). Para evitar que el personal de Enfermería deje sin realizar la extracción de la muestra, o pase un margen de tiempo que pueda ser vital para el paciente, se ha instalado en los ordenadores el Hermes, el cual avisa al personal de dicha petición. Este sistema no sustituye el circuito de comunicación habitual entre el médico y la enfermera del paciente. En una segunda fase, avisará de aquellas pruebas radiológicas de tipo especial, que necesiten una preparación concreta.

P251.– ACREDITACION INACEPS EN 3 CENTROS DE PRIMARIA.

FERRER-GALLART R, ALABOR-LLORET A, ARNAU-PLAZA T.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA. ALZIRA.

OBJETIVOS:

El objetivo consistía en acreditar 3 centros de primaria del Departamento de Salud de La Ribera bajo los criterios del manual de INACEPS para centros de primaria. Estos centros a pesar de pertenecer al mismo departamento de Salud cuentan con coordinadores de centros y enfermera responsable diferentes, por lo que el reto consistía en estandarizar y normalizar los procesos en los 3 centros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se formo un grupo formado de 9 personas que coordinaba la Responsable de Calidad y Normalización del Departamento de Salud, por su puesto estaban los coordinadores médicos de los centros, responsables de enfermería y responsables de Administración demás del subdirector medico de Primaria y el supervisión de enfermería de Primaria. La persona que coordinaba daba una visión de conjunto al proyecto ya que conocía la norma porque el hospital había pasado la acreditación de INACEPS en la unidad de Hemodiálisis. Los responsables de los centros nos daban su realidad de funcionamiento diario y el resto su visión como gestores de todos los centros de primaria del departamento. Se utilizo el Manual de acreditación de INACEPS y una plataforma virtual para la valoración de los criterios.

RESULTADOS:

Se consiguió acreditar los 3 centros a la vez pero Nos proporciono la oportunidad de tener un esquema documental, en el cual se incluyen entre otros Planes estrategias y anuales, Manual de calidad, 14 procedimientos generales, 14 procedimientos de gestión, 21 protocolos clínicos y 5 programas de salud. Durante la implantación y hasta ahora se trabaja mejor en equipo pensando que el trabajo de todos es importante y que todo va en beneficio de una mejor atención sanitaria al paciente al tener mas y mejor protocolizados los procesos y la implantación de las UBAS, en su confort, en el trato, etc. Entre los cambios

organizativos y asistenciales que tuvieron lugar se encuentran optimización la gestión de la farmacia con un control de stock, mayor control de las caducidades, mejora de la señaletica, realización de simulacros, reestructuración de las consultas de matronas y logopeda, mejoras en los circuitos de SINTROM y curas, para los trabajadores se han habilitado destinados a biblioteca y aula de formación.

DISCUSIÓN:

Lo más importante es que se estandarizo la documentación, a los coordinadores médicos y responsables de enfermería les dio la oportunidad de conocer en profundidad otros centros con los que comparar metodologías de trabajo y aprender los unos de los otros. Ha dado una visión global de todo el centro por la variedad de dimensiones que se valoran. Se eligió este tipo de acreditación, menos conocida, en vez de las Normas ISO más internacionales por que los Manuales son específicos de la actividad sanitaria en este caso específicos para un centro de Salud. Los criterios han sido formulados por profesionales especialistas y avalados por asociaciones de médicas.

P252.– BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DOLOR

ROJAS-DE MORA-FIGUEROA A, SALGUERO-CABALGANTE R, BREA-RIVERO P, ALMUEDO-PAZ A, CARRASCOSA-SALMORAL MP, OVIES-FERNANDEZ A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Analizar el grado de cumplimiento de las evidencias relacionadas con la atención a las personas con dolor, aportadas por los profesionales acreditados según el Programa de Acreditación de Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Este programa de acreditación ofrece al profesional la posibilidad de revisar su práctica diaria y verificar la proximidad entre sus competencias reales y las contenidas en su Manual de Competencias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo transversal del porcentaje de cumplimiento de las evidencias relacionados con la atención a las personas con dolor aportadas por los 2863 profesionales acreditados desde Diciembre de 2006 a Febrero de 2011. La recogida de datos se realizó mediante la aplicación informática (ME_jora P) que sustenta el Programa de Acreditación.

RESULTADOS:

Se encontraron un total de 69 evidencias relacionadas con el dolor, distribuidas en 30 de los 67 Manuales de Acreditación disponibles. El índice de cumplimiento medio de estas evidencias fue 66.79%. Aquellas con un índice de cumplimiento superior al 95% fueron: Registro del nivel del dolor mediante escala validada en los pacientes asignados (Manual de Competencias de la Enfermera de Hospitalización y Cuidados Especiales, aportada por 384 profesionales) con un índice de cumplimiento del 96.62%. Empleo de medidas para reducir el dolor en situaciones críticas en los pacientes susceptibles (Manual de Competencias del Médico Intensivista y de Cuidados Críticos, aportada por 65 profesionales) con un índice de cumplimiento del 96.96%. Registro de hora de inicio del dolor en los pacientes atendidos por dolor torácico de características isquémicas

(Manual de Competencias del Médico Intensivista y de Cuidados Críticos, aportada por 47 profesionales) con un índice de cumplimiento del 95.83%. Registro de la oferta, facilitación y/o información proporcionada sobre el derecho al alivio del dolor durante el proceso de parto (Manual de Competencias de la Matrona/o, aportada por 45 profesionales) con un índice de cumplimiento del 97.77%. Mejoría objetiva del dolor tras las intervenciones realizadas (Manual de Competencias de la Enfermera de Urgencias Extrahospitalarias, aportada por 34 profesionales) con un índice de cumplimiento del 97.14%. Valoración del dolor en los pacientes atendidos por dolor torácico genérico (Manual de Competencias de la Enfermera de Urgencias Extrahospitalarias, aportada por 34 profesionales) con un índice de cumplimiento del 97.14%.

DISCUSIÓN:

El Proceso de Acreditación de Competencias ofrece a los profesionales la posibilidad de identificar áreas de mejora y desarrollo en la atención a las personas con dolor, haciendo posible un mejor abordaje de la atención a éstas en sus distintas fases (valoración, prevención, detección precoz, seguimiento y tratamiento), de forma que mejora la calidad de la atención, adecuando las intervenciones profesionales a las necesidades de los pacientes.

P253.– COMPARACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA.

VILLANUEVA-GUERRERO L, MUÑOZ-CASTRO FJ, MUDARRA-ACEITUNO MJ, VALVERDE-GAMBERO E, ALMUEDO-PAZ A, ROJAS-DE MORA FIGUEROA A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

En 2003 se inicia la acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias en la comunidad autónoma de Andalucía. En 2007, el Programa Integral para la Acreditación de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, contempla un nuevo ámbito de acreditación, de Programas de Actividades, con el fin de certificar la calidad de la planificación, programación y diseño de conjuntos de actividades. Se entiende por Programa de formación el conjunto de actividades planificadas con una finalidad común y encaminada al logro de unos objetivos de aprendizaje. Objetivo: Este estudio se ha llevado a cabo para comparar la calidad de la formación acreditada a través de los procesos de acreditación de actividades y programas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para ello, se han considerado las actividades y programas acreditados por el modelo andaluz de acreditación desde el 18 de marzo de 2008 hasta el 28 de febrero de 2011. Los datos recogidos se han analizado en función del componente de calidad (CCL). El CCL oscila entre 1 y 2,8. Asimismo, se ha tenido en cuenta la valoración obtenida en cada uno de los criterios de ambos procesos de acreditación. Objetivos, organización, pertinencia, metodología y evaluación en actividades acreditadas. Finalidad, objetivos, metodología, evaluación, selección, estructura, instalaciones y mejora en programas acreditados. Dicha valoración oscila entre 0 y 100% de cumplimiento.

RESULTADOS:

Tras el análisis, se han obtenido los siguientes resultados: En el periodo contemplado, se han acreditado 523 programas formativos con un total de 4117 actividades y un CCL medio de 1,92. Asimismo, se han acreditado 5520

actividades con un CCL medio de 1,73. El % de cumplimiento de los ítems de calidad de Actividades por criterios ha sido: - Finalidad/ Pertinencia 61% - Objetivos 74% - Metodología 50% - Evaluación 41% - Organización y Logística 75% El % de cumplimiento de los estándares de calidad de Programas por criterios ha sido: - Finalidad 71% - Objetivos 72% - Metodología 59% - Evaluación 57% - Selección 70% - Estructura 89% - Instalaciones 78% - Mejora 50%.

DISCUSIÓN:

La calidad de las actividades vinculadas a programas formativos es superior a la de actividades independientes. Las diferencias cualitativas más significativas entre ambas fórmulas de acreditación se encuentran en los criterios de finalidad y evaluación. La acreditación de actividades bajo la fórmula de programas ofrece una mayor calidad en el diseño de la formación que reciben los profesionales sanitarios.

P254.– PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA POBLACIÓN ADULTA EN EL DEPARTAMENTO TORREVIEJA.

TOMAS-LIZCANO A, CEREZO-SANMARTIN M, GOMEZ-GONZALVEZ G, PUERTA-FERNÁNDEZ F, MELGAREJO-GIL E, CARO-MORENO H.

HOSPITAL DE TORREVIEJA. DEPARTAMENTO TORREVIEJA.

OBJETIVOS:

Durante el año 2010 se implementó por parte de los profesionales de atención primaria del departamento Torrevieja, un programa de prevención y detección de riesgo cardiovascular dirigido a la población en el rango de edad entre los 45-55 años, con los siguientes objetivos: •Cumplimiento de indicadores de calidad del departamento •Detección de población de riesgo cardiovascular •Contribuir a la mejora de salud de la población del departamento •Incluir a la población susceptible en programas de salud

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se identificó y se generaron listado de población con tarjeta sanitaria (SIP) entre 45 y 55 años del Departamento. De esa Población se descartaron y excluyeron pacientes que tuviesen asociados los Diagnósticos de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial. Los profesionales de admisión de los centros de salud o el personal de enfermería por vía telefónica contactan con la población diana para concertar cita programada. Se habilitaron agendas de enfermería en consulta programada según organización de cada centro de atención primaria del Departamento (4 Centros sanitarios integrados, 6 centros de salud y 13 consultorios auxiliares) Durante la primera visita enfermería realiza las siguientes actividades: •Entrevista inicial para valoración de su estado o problemas de salud •Toma de constantes vitales •Control de Peso y Talla y perímetro abdominal(obtención y registro de índice de masa corporal) •Valoración de hábito tabáquico. Iniciar pauta de abandono si procede. •Registro de toda la información en H. clínica electrónica: Abucasis •Apertura en la H. Clinica del paciente de la Hoja de riesgo cardiovascular •Solicitud de analítica perfil cardiovascular Se da cita para la analítica y para una segunda cita con enfermería en un mes aproximadamente. Durante la segunda visita enfermería:

•Se cumplimenta la Hoja cardiovascular con todos los parámetros de la analítica. •Se realiza el test de riesgo cardiovascular o test de Frammingham •Incluye al paciente en programas de salud, derivación a consulta de médico de familia o alta y programación de nuevo control en un año.

RESULTADOS:

La implantación de este programa en el departamento ha tenido como resultado la promoción de la salud de la población a través del diagnóstico de nuevos casos y tratamiento de enfermedades cardiovasculares (Diabetes, HTA,Hipercolesterolemia).

DISCUSIÓN:

Este programa nos ha permitido la captación de nuevos pacientes en programas de salud, y el cumplimiento de los indicadores de calidad del Acuerdo de Gestión del Departamento de salud y la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana: •Cribado de HTA (Todo paciente mayor de 40 años debe tener un registro de TA en su historia en los últimos 2 años): Meta:34,88% •Cribado de diabetes: (Todo paciente mayor de 45 años debe tener al menos cada 3 años una analítica que incluya la glucosa en sangre): Meta:42,25% •Valoración del riesgo cardiovascular para pacientes mayores de 45 años sin patologías previas (bajo, medio o alto).

P255.– COMPARACION DE ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUADA EN RELACION A SU MODALIDAD DE APRENDIZAJE.

VILLANUEVA-GUERRERO L, VALVERDE-GAMBERO E, MUÑOZ-CASTRO FJ, MUDARRA-ACEITUNO MJ, ALMUEDO-PAZ A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

Comparar la calidad del diseño (CCL) de las actividades de formacion continuada acreditadas durante los años 2009 y 2010, relacionada con sus modalidades de aprendizaje.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo de las actividades acreditadas durante los años 2009 y 2010. Teniendo como variables la "Modalidad de aprendizaje" (presencial, no presenciales, semipresencial, e-learning) y "Componente cualitativo" o CCL que puede variar entre 1 y 2,8.

RESULTADOS:

Durante los dos últimos años han sido acreditadas 8633 actividades formativas y la media del componente cualitativo está en 1,82, siendo el máximo 2,8. En 2009, un 78.81% fueron actividades presenciales con un CCL de 1.80. En actividades semipresenciales, 1.80, en actividades a distancia, un 1.53 y en las actividades e-learning un 1.91. En 2010, un 84,16% fueron actividades presenciales con un CCL de 1,81. En actividades semipresenciales 2,04, en las no presenciales 1,58 y en las actividades e-learning un 1,67.

DISCUSIÓN:

El CCL es más elevado en las actividades semipresenciales que en el resto, siendo las actividades no presenciales las de un componente más bajo. Hay un incremento del CCL en actividades formativas acreditadas en el último año, a excepción de las actividades e-learning, probablemente debido a la actualización de los criterios de calidad. Las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales sanitarios necesitan un componente presencial, aunque sea parcial, para aumentar la calidad del diseño.

P256.– ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE APOYO AL PROCESO ASISTENCIAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

GABARI-MACHÍN M, MENDIZÁBAL-LARRAÑAGA M, BENGOA-GALDOS K, MUÑOZ-MIGUEL C, MIRANDA-SAROBE I, MONGELOS-RAMIREZ J.

HOSPITAL ALTO DEBA- OSIKADETZA. ARRASATE-MONDRAGÓN (GIPUZKOA).

OBJETIVOS:

La estrategia del sistema de gestión de la calidad en nuestro hospital se fundamenta en la certificación de procesos en base a la norma ISO9001:2008. La monitorización en las unidades asistenciales de la infección nosocomial es realizada por el Servicio de Medicina Preventiva. Dos años después de su creación se plantea la certificación de un proceso relacionado con la vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial. Los objetivos de este trabajo son: Ampliar el alcance de sistema de gestión de la calidad en nuestro hospital. Disponer de una herramienta en seguridad clínica que interactúe con el proceso asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En enero de 2010 se crea el equipo gestor que realizará la revisión bibliográfica de documentos de estructura similar y de toda la información que pueda servir para la elaboración del plan. Se mantendrán varias reuniones con una consultoría externa que hará las valoraciones y puntualizaciones correspondientes. En junio queda finalizado el proceso de elaboración. Se presenta a la Dirección del hospital y comienza su implantación. Tras un breve periodo de su puesta en funcionamiento, se realiza la evaluación para la certificación es en el mes de noviembre, incluyéndose dentro de los demás procesos certificados del centro.

RESULTADOS:

La herramienta se sustenta en tres procedimientos que van a abarcar las áreas de bioseguridad ambiental, proceso asistencial, limpieza, desinfección y esterilización, infección cruzada, formación y resultados en infección. Cada procedimiento tiene elaborada una documentación específica e incluye sistemas de registro/programas informáticos adecuados. Las actividades que se desarrollan están

definidas en cada área de trabajo, incluyendo las personas que intervienen y las interacciones con los Servicios/Unidades. Los indicadores establecidos en el proceso permiten analizar puntos fuertes y áreas de mejora periódicamente. Además está incorporado un conjunto de acciones correctivas, preventivas o de mejora de revisión anual. La auditoría interna del proceso concluye que el plan es coherente con la misión definida y está implantado. La auditoría externa posterior emite unas conclusiones satisfactorias y determina para el proceso su gran potencial de apoyo para la toma de decisiones en relación a la seguridad de paciente en los procesos asistenciales.

DISCUSIÓN:

El trabajo realizado por el Servicio de Medicina Preventiva en coordinación con el equipo del proceso ha permitido: documentar mediante protocolos e instrucciones las tareas que se realizan, verificar que está correctamente implantado y que se mantiene un sistema de gestión de la calidad, en el que se incluye la medición de la satisfacción de los clientes. La finalidad es promover la excelencia y fomentar la mejora continua de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria en nuestro hospital abarcando el área de Prevención, Vigilancia y Control de la infección hospitalaria.

P257.– MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CARROS DE PARADA TRAS IMPLANTAR UN NUEVO PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO.

AROCAS-CASAÑ V, DE LA RUBIA-NIETO MA, BLÁZQUEZ-ÁLVAREZ MJ, DE LA CRUZ-MURIE P, GARRIDO-CORRO B, GARCÍA-ORTUÑO F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

En 2010 la Comisión de Farmacia y Terapéutica aprobó un nuevo procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la gestión de los carros de parada (CP) cardiorrespiratoria, que implica la dispensación de kits de medicación y material fungible precintados desde el Servicio de Farmacia. Nuestro objetivo es monitorizar la calidad con los indicadores definidos en el PNT, identificar oportunidades de mejora y proponer medidas correctoras que aumenten la calidad de los carros para garantizar la asistencia durante una parada cardiorrespiratoria. Dado que no se conocen los estándares idóneos para los indicadores, nos proponemos también recoger un histórico propio para poder determinar posteriormente la mejora de calidad lograda en su gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión de todos los CP disponibles en el hospital. Se excluyeron los de la Unidad de Cuidados Intensivos y los de Reanimación, ya que éstos, por sus características especiales, no se encuentran incluidos en el PNT general. Se siguió una lista de comprobación con los seis indicadores de calidad definidos en el PNT: (1) adecuada ubicación del CP, (2) existencia de precinto en los dispositivos que contienen fármacos y material fungible, (3) ausencia de medicación caducada, (4) ausencia de material fungible caducado, (5) adecuado funcionamiento del desfibrilador, laringoscopio y bolsa de ventilación manual y presencia de pilas y bombillas de repuesto, (6) cumplimiento del registro mensual de revisiones del CP.

RESULTADOS:

Se revisaron 63 CP, que se correspondían con 51 unidades clínicas. El 100% de los carros se encontraban bien ubicados. En el 11% de los carros el kit de medicación había sido desprecintado. Se encontró medicación y material

fungible caducado en el 21% y 17% de los carros revisados. Solo el 40% de los CP disponía de pilas y bombillas de repuesto para el laringoscopio. El registro mensual de revisión se cumplimentó correctamente en el 68% de los carros. Analizados por bloques, los CP ubicados en quirófanos y consultas externas tuvieron peor puntuación que los ubicados en los pabellones maternal, infantil y general.

DISCUSIÓN:

La dispensación por el Servicio de Farmacia de kits de medicación y material fungible precintados y la protocolización de su gestión ha hecho que se estandarice el contenido de los CP. Sin embargo, a pesar de las acciones realizadas, las tasas alcanzadas en algunos indicadores se consideran no idóneas. Concretamente, es preocupante la ausencia de pilas y bombillas de repuesto en la mayoría de CP así como el escaso cumplimiento del protocolo establecido en cuanto al registro de revisiones mensuales. Una posible acción correctora sería la puesta en marcha de un sistema de reposición de pilas y bombillas similar al utilizado con medicamentos y material fungible. En cualquier caso, ésta ha sido la primera monitorización tras la implantación del nuevo PNT. Esperamos que en próximas revisiones la sistemática de trabajo mejore y podamos alcanzar la calidad deseada.

P258.– INDICADORES DE CALIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA INTRAVENOSA (INCATIV) EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

MICÓ-ESPARZA JM, GIRBÉS-LLOPIS JG, GARCIA-ABAD IG, ALBA-MORATILLO CA, FORCADA-SEGARRA JF, ORTI-CISCAR RO.

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. VALENCIA.

OBJETIVOS:

Principales: -Validar indicadores de calidad que evalúen procedimientos enfermeros Secundarios: -Aportar una herramienta de trabajo que permita la monitorización de la calidad de los servicios. -Disminuir la variabilidad de la asistencia sanitaria entre los diferentes servicios y hospitales - Promover la seguridad en la asistencia. . - Comprometer el personal con el cumplimiento de objetivos - Potenciar a la enfermería en la participación, en la investigación, bien formando parte del grupo investigador o colaborando con él.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño del estudio, es prospectivo, transversal, descriptivo, analítico, intervencionista y multicéntrico. Los datos obtenidos por los observadores debidamente homologados son introducidos mediante página Web desde cada uno de los Centros Participantes.

RESULTADOS:

Realizados cuatro cortes transversales en la totalidad de los Hospitales Participantes, se han obtenido 12 676 registros, de ellos 9824 camas ocupadas. Siendo sin vía venosa 1292 (22,6%) y 7605 camas ocupadas con pacientes con vía venosa 77,4%. Total vías estudiadas n=7605, según diferentes tasas de los diferentes hospitales Diferentes tipos de acceso venoso: Vía central de acceso periférico 3%, Vía central 6,9%, nutrición parenteral 2,1%, y vía periferica 88%. Se han obtenido datos de los materiales utilizados como uso de llave de tres pasos, bioconectores de seguridad, catéteres, tipo de apósitos, y mantenimiento de las vías. La no existencia de flebitis del 96,9% de la totalidad de las vías . La aplicación de la vía venosa en el pie está asociada claramente a la aparición de flebitis. Tiene una probabilidad 10 veces mayor de producir flebitis. La tasa de la “variable estándar” que es el indicador de calidad de mas

carga, refleja una variabilidad entre algunos de los Hospitales participantes y entre algunos de los propios Servicios. Pudiendo ser evaluadas y focalizadas las deficiencias, para una aplicación correctora por parte de los gestores correspondientes.

DISCUSIÓN:

La VARIABLE ESTANDAR ha sufrido una variación que es significativa Los valores deseables sobre esta variable aun no los conocemos (solo tenemos cuatro cortes y dos intervenciones) , aunque intuimos que estamos muy distantes del indicador óptimo. Esperamos que con esta nueva intervención formativa y personalizada que haremos en el personal de enfermería practicante de la terapia IV, lleguemos a tasas muy superiores de (VES 27,7%) Serán esas Nuevas Tasas de la Variable Estandar las que verdaderamente se expresaran como un indicador con peso específico de calidad en la terapia IV.

P259.– IDENTIFICANDO OPOTUNIDADES DE MEJORA A TRAVÉS DE LA CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL DE ENFERMERÍA.

MORÁN-PÉREZ BE, MESA-PANDAL RO, SUÁREZ-MASEDA TE, GARCIA-CACHAFEIRO VI, LLANEZA-VELASCO EU, FEITO-MÉNDEZ MO.

HOSPITAL DE JARRIO. COAÑA- ASTURIAS.

OBJETIVOS:

-Identificar y priorizar las oportunidades de mejora enfocadas a la gestión de unidades de enfermería a través del diseño de un Cuadro de Mandos Integral de Enfermería (CMIE). -Difundir la información a los profesionales del Hospital para implicarles en la toma de decisiones

MATERIAL Y MÉTODOS:

Selección de objetivos del Contrato de Gestión (CG), Sistemas de Gestión de Calidad (SGC) y de actividad asistencial. Diseño de indicadores y de la herramienta de carga de datos y de difusión. La extracción y validación de datos automatizada a través de Historia Clínica Electrónica (HCE), SELENE y DataWare House (DWH), aportados por Unidad de Estadística e Información, Calidad, RRHH, Contabilidad y suministros. Los resultados son informados y analizados por los responsables directos en reuniones trimestrales en las cuales plantean acciones de mejora

RESULTADOS:

Se seleccionaron los Objetivos Corporativos de Mejora del CG: -Sostenibilidad: Eficiencia y adecuación del uso: Indicadores de autogestión de almacén y de RRHH. Consumo apósitos: 1º trimestre 2010/ 2011= 40.950€/16.229€. Acción de Mejora (AM): retirada apósitos 15x15. -Atención Centrada en el cliente: Indicadores de seguimiento de continuidad de cuidados. Informes de continuidad cuidados:1º trimestre 2010/ 2011=19,15%/40,65%. AM: recomendaciones enfermería al alta en macros estándar. -Seguridad del paciente: Indicadores de Seguridad SENECA. Braden al ingreso: 1º trimestre 2010/ 2011= 30,96%/88,67% AM: Talleres/Grupo de Mejora UPP -Desarrollo organizativo: Indicadores utilizados en Servicios con SGC implantados. -Formación y cualificación: Indicadores de CG, y de formación propia del

Hospital. Actualización curricular en red: Gestión por competencias. -Indicadores de actividad enfocados a las Unidades de Enfermería: Seguimiento Objetivo CG: 346 días concedidos a DUEs/ 134 días contratados. AM: Gestión de RRHH descentralizada.

DISCUSIÓN:

Oportunidades de mejora detectadas: Mejora de los registros en formularios de enfermería y manejo avanzado del DWH. Reclamaciones de medicación: aumentan con la rotación del personal por las unidades Posibilidad de comparación entre unidades al identificar las mejores prácticas: Unidades con mayor porcentaje de informes de enfermería al alta, con pacto de consumo mejor ajustado a la actividad, con mayor porcentaje de valoración enfermera y menor incidencia de UPP. Difusión de datos: Intranet: selección de indicadores clave del CMIE accesible al 100% de los profesionales. Se evalúa posteriormente el nivel de difusión y utilidad que dicha herramienta tiene para los profesionales. El CMIE permite detectar áreas de mejora al obtener datos automatizados a través de indicadores que anteriormente eran de extracción manual. Es una herramienta que permite comparar datos entre unidades y con posibilidad de exportación del CMIE a otros hospitales con HCE. Implementación y unificación de los registros al implicar a los profesionales de enfermería en la gestión.

P260.– INDICADORES DE GESTIÓN DE CALIDAD: IMPLEMENTACIÓN PLANES DE CUIDADOS INFORMATIZADOS EN EL DEPARTAMENTO TORREVIEJA.

CEREZO-SANMARTIN M, GOMEZ-GONZALVEZ G, TOMAS-LIZCANO A, GINER-BORONDO C, CARRASCO-GUTIERREZ P, SANTIESTEBAN-FERNANDEZ JJ.

HOSPITAL DE TORREVIEJA. DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA. TORREVIEJA.

OBJETIVOS:

Medir la implementación de Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) a través del aplicativo Florence Gestión Realizar el seguimiento mensual de este indicador de calidad. Identificación de oportunidades de mejora en los cuidados de enfermería. Evitar la variabilidad de la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1 ª fase:Tras una etapa de formación previa y consensuados a través de los grupos de mejora constituidos en cada una de las unidades de hospitalización, se decidió adjudicar los PCE según GDR más habituales y que mayor impacto tenían en los cuidados de enfermería de nuestra población (pacientes crónicos y pluripatológicos, hiperfrecuentadores del sistema, estancia media hospitalización 4 días, procesos más frecuentes). 2ª Fase:Implementación de estos primeros PCE (marzo 2010) en el aplicativo informático de indicadores de gestión. Pilotaje en unidad de hospitalización psiquiátrica. 3ª fase:Medición mensual de los planes de cuidados, según los criterios: •Número total de pacientes hospitalizados a los que se les ha aplicado el PCE. •Número total de pacientes hospitalizados a los que no se les ha aplicado el PCE (por no estar descrito actualmente). •Número total de pacientes hospitalizados a los que no se les ha aplicado el PCE, pero que debería habérselo aplicado. 4ª fase: Informe mensual a la Dirección de enfermería para seguimiento de resultados y medición de desviaciones para identificar oportunidades de mejora. Para este trabajo hemos realizado un estudio retrospectivo de seis meses: Enero 2010-Junio 2010. Siendo el ámbito de estudio en las unidades de hospitalización de Medicina Interna, Quirúrgica, Psiquiátrica y Maternoinfantil.

RESULTADOS:

Actualmente tenemos 21 planes de cuidados implementados, los cuales son asignados por el enfermero en el aplicativo Florence Clínico. Los datos obtenidos sin incluir el mes de junio, nos permiten valorar por unidades la implementación de los PCE y las posibles medidas correctoras en cada una de las unidades. Valorando los adjudicados realmente y los que eran susceptibles de adjudicar y no se adjudicaron, indagando en las causas y proponiendo las líneas de mejora. Datos de un corte en el intervalo del estudio: Hospitalización médica: (79 camas) total asignados 34%. Posibilidad de asignación 52,3 %. Hospitalización quirúrgica: (90 camas) total asignados 34%. Posibilidad de asignación 45 %. Psiquiatría: (10 camas) total asignados 96%.

DISCUSIÓN:

El sistema operativo tras la evaluación de los resultados nos permite conocer la cobertura de pacientes con PCE y corregir desviaciones de no asignación. En una segunda etapa dar cobertura a más pacientes con PCE, creación de nuevos registros

P261.– PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO: RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA.

NOVO-LÓPEZ S, RIMADA-MORA D, PUGA-MIRA MJ, RAMIL-FRANCO E, PAIS-RODRÍGUEZ O, BESADA-MONTENEGRO M.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

El dolor desde el punto de vista de enfermería es uno de los síntomas que producen más disconfort a los enfermos. Es por eso, que cuando el Servicio Gallego de Salud propone hacer un registro especial en nuestro sistema informático para evaluar el dolor agudo al ingreso del paciente, nuestra unidad es una de las primeras en adoptarlo. Estudiar el número de pacientes con registro de dolor en las primeras 24 horas del ingreso en los meses de febrero, marzo y abril del 2011. Ver los niveles de dolor registrados en ese grupo de pacientes. Ver la adherencia del personal de enfermería a este registro

MATERIAL Y MÉTODOS:

Extracción, mediante herramientas de Data-Warehouse, del uso del registro especial del dolor, con el resultado de nivel de dolor en el ingreso. Tratamiento de los datos con la herramienta SPSS.

RESULTADOS:

Nuestra Unidad de enfermería dispone de 36 camas de pacientes nefrológicos en estudio de patologías diversas que suponen una insuficiencia renal avanzada que va a requerir en ese momento o en un momento cercano el uso de hemodiálisis o diálisis peritoneal, a tratamiento de procesos infecciosos o enfermedades crónicas para retrasar la insuficiencia renal y trasplantes renales y pancreatorenales de donante cadáver o vivo En los meses de febrero, marzo y abril, ingresaron en nuestra unidad 210 pacientes. A 190 de ellos se les hizo el registro del dolor al ingreso lo que supone, el 90% de los enfermos. El análisis muestra que el 69,5 % de los pacientes ingresan sin dolor, otro 12,4% con dolor leve (EVA 1-3) otro 13,8% con dolor moderado (EVA 4-6) y otro 4,4 % con dolor fuerte (EVA 7-10).

DISCUSIÓN:

El 90 % de los pacientes que ingresan tienen el registro de dolor hecho en las primeras 24 horas. La mayor parte de los pacientes ingresan sin dolor o con dolor leve. El disconfort que produce el dolor sin tratar en los enfermos hace que este registro de nivel de dolor y el uso de la Escala Visual Analógica como quinta constante se haya incorporado a la práctica diaria, mejorado progresivamente la gestión del dolor.

P262.– ESCUELA DE LA ESPALDA: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SATISFACCIÓN TRAS PROGRAMA DE REEDUCACIÓN FUNCIONAL.

GARROTE-MORENO LC, PELLICER E, CRESPO-SANCHEZ J*, QUDSI-SINCLAIR S, BATALLER-PEÑAFIEL EG, SEVILLA-HERNANDEZ EA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Determinar la situación clínica, adherencia al tratamiento y satisfacción de los pacientes incluidos en el programa de reeducación funcional de la Escuela de la Espalda (EE) del Servicio de Rehabilitación (SR) del Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia (HGUMM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre todos aquellos pacientes sometidos a tratamiento según el programa de reeducación funcional de la EE del SR en el año 2011. Los pacientes fueron contactados mediante encuesta telefónica, durante el mes de mayo, en la que se exploraba la adherencia al programa de adiestramiento sobre higiene postural y ejercicios domiciliarios, así como las modificaciones del nivel de dolor a través de la EVA y valoración de la analgesia y atención médica necesaria.

RESULTADOS:

Durante 2011 fueron adiestrados 45 pacientes divididos en tres grupos en febrero (16), marzo (15) y abril (14), de los cuales fueron localizados 27. La muestra contactada, perteneciente a la zona de salud del municipio de Murcia en un 37%, estaba compuesta por 14 mujeres y 13 hombres con una edad media de 43.44 ± 8.65 (28.08, 60.14) años. Tras el programa terceras partes de los pacientes referían disminución del dolor, del número de crisis dolorosas, de la frecuentación médica y del uso de fármacos comunicando puntuaciones en la EVA por debajo de tres en un 63%. El 25,92% presentaba valores entre 5-7 y sólo un 11% por encima de 8. Por encima del 90% de los encuestados refieren comprender el origen y sobrellevar mejor su problema a través, fundamentalmente, de la modificación de los hábitos posturales (74%) y aceptación de las molestias (11%). Respecto a la situación laboral, el 85% realizaban su

trabajo en mejores condiciones con un 7% de incapacidades laborales transitorias (70% altas y 22% desempleados). Por encima del 85% valoraban positivamente el cumplimiento de las expectativas del tratamiento, el material recibido y la utilidad de los conocimientos impartidos en las actividades de vida diaria aunque solo un tercio realizaba los ejercicios más de tres veces por semana y solo un 15% aplicaba las enseñanzas de la EE. El estado de salud general tras el programa mejoró en el 70% con puntuaciones sobre 7 en el 80%, indicando su disposición para recomendar el programa a otros pacientes en un 96%.

DISCUSIÓN:

La aplicación del programa de adiestramiento de la Escuela de Espalda ha supuesto una mejora tanto en nivel de dolor y comprensión de su fisiopatología como en la capacidad de subyugar y controlar las crisis. Los pacientes asistentes a las sesiones de EE presentan modificaciones de sus hábitos posturales aunque admiten no realizar los ejercicios con la frecuencia deseada. Los pacientes experimentaron una mejora en la capacidad de sobrellevar sus actividades laborales y de vida diaria, con escaso absentismo laboral. La valoración del programa de EE tanto profesional como de contenidos resultó muy positiva.

P263.– PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL "PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR AGUDO".

GARRIDO-FILGUEIRAS MJ, GARCIA-FRAGUELA B, ESTRADA-MOSQUERA IC, CEREIJO-GAREA C, OUTÓN-FERNÁNDEZ I, FERNANDEZ-GARCÍA C.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

Valorar la evolución del Registro del Dolor Agudo en el sistema informático Gacela en base a las actividades de implantación realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el 2010 desde el Servicio Gallego de Salud se trabaja en la unificación del Protocolo de Valoración del Dolor Agudo y en el desarrollo del registro del mismo en el sistema informático de la Comunidad, Gacela. A finales de 2010 se consensúa un Protocolo de Valoración de Dolor Agudo y se implanta en todos los centros del Sergas. Se planifica la campaña de prevención y tratamiento del dolor agudo. Nuestra estrategia de implantación se basó en la incorporación de las necesidades y expectativas de los profesionales, recogidas a través de comunicación interna por correo electrónico. Se realiza una presentación general del Protocolo de Valoración del Dolor así como del Registro en Gacela a médicos y enfermeras. En cada una de las unidades y con ayuda de la supervisora así como de la supervisora de área se realiza formación in situ. Se distribuye el material de la campaña así como las Escalas de Valoración del Dolor para cada profesional. En prácticamente el 100% de las unidades de adultos refieren la necesidad de disponer de la Escala Visual Analógica para su aplicación. Surgen múltiples dudas en relación al seguimiento de la valoración del dolor. El área de formación y calidad elaboran una Tabla resumen para el registro del dolor agudo en Gacela “Chuletilla”, que se plastifica y se facilita a cada una de las unidades, clasificando en colores los grados de intensidad del dolor. Se valora la evolución del registro del dolor agudo desde el inicio de la primera actuación de nuestra campaña y posterior a cada una de las intervenciones. Para ello se utiliza el cuadro de mandos

mediante la gestión automatizada de los indicadores "% de registros cubiertos sobre número de pacientes hospitalizados.

RESULTADOS:

En el mes de enero de 2010 se inicia la implantación y está disponible en Gacela el Registros Especial de Valoración del Dolor y la Escala EVA en la gráfica de constantes. En una primera etapa tras la sesión informativa se evidencia la cumplimentación del registro a 596 pacientes de un total de 3.562 ingresos (16,7%). Con la incorporación de la "Chuletilla", y la difusión a través de las supervisoras de área y de unidad, se contabilizan 5.075 sobre 10.566 ingresos (48,03%), en los tres meses siguientes (febrero-abril). En el mes de mayo se dispone de un total de 700 registros de 1.293 pacientes ingresados (54,14%).

DISCUSIÓN:

Observamos una evolución con marcado ascenso en la cumplimentación del registro del dolor de enero a mayo de 2011. La valoración de las diferentes intervenciones realizadas confirma la efectividad de nuestra estrategia. El siguiente paso consistirá en analizar el impacto de estas valoraciones sobre la percepción y tratamiento del dolor en los pacientes, aplicando los criterios del Proyecto SÉNECA. Mantenemos activa la incorporación de las necesidades de nuestros profesionales a través del área de formación.

P264.– DISEÑO DE UN PROTOCOLO: PIEL CON PIEL, EL PRIMER CONTACTO.

HARILLO-ACEVEDO FD, ROMERA-NAVARRO MA, ROBLES-BRABEZO JM, HERNANDEZ-MENDEZ S, GUEVARA-BARAZA D, SOTO-MARTINEZ AS.

AREA III DE SALUD LORCA. LORCA.

OBJETIVOS:

Elaborar e implantar un protocolo sobre el contacto piel con piel inmediato madre-recién nacido tras el nacimiento en el Área Materno Infantil, como herramienta de diseño de la calidad y la informatización de su registro

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se crea un grupo de trabajo compuesto por: matronas de paritorios, supervisora de Área Obstétrico-pediátrica y enfermería de unidad de hospitalización, con el objetivo de realizar un protocolo para garantizar la realización del contacto inmediato piel con piel entre madres y recién nacidos en el Área Materno Infantil. El marco temporal ha sido de Octubre de 2010 a Abril 2011. Se realiza una búsqueda bibliográfica y revisión de la evidencia científica disponible y se elabora protocolo según modelo aprobado en la Comisión de Cuidados, que incluye los siguientes ítems: DEFINICIÓN, QUIEN LO REALIZA, A QUIEN VA DIRIGIDO, EXCEPCIONES, TIEMPO ESTIMADO DE EJECUCIÓN, RECURSOS NECESARIOS, OBJETIVOS, ACTIVIDADES, OBSERVACIONES, CRITERIOS DE EVALUACIÓN, SISTEMA DE EVALUACIÓN, EVIDENCIA CIENTIFICA (Bibliografía), ANEXOS y AUTORES. Para evaluar la calidad formal del documento creado, se ha utilizado la herramienta propuesta por el programa EMCA (Atributos, significado y criterios de evaluación de la calidad formal de un protocolo), utilizando el Listado de Comprobación de Criterios para la Evaluación de Protocolos. Se realizan los ajustes necesarios según el resultado de ésta evaluación. Para evaluar la calidad formal se somete a revisión por pediatras, ginecólogos, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería que no han participado en su elaboración, consensuando sus aportaciones. También se ha evaluado su utilización y efectividad con los indicadores establecidos para ello,

diseñando un registro en SELENE para la evaluación del cumplimiento de dicho protocolo.

RESULTADOS:

Se ha obtenido un protocolo que cumple los criterios de calidad aprobados por el Área de Salud, consensuado por los profesionales que participan en su ejecución, así como una herramienta informática que permite la evaluación de su cumplimiento. Junto al protocolo se incluye un anexo con 10 criterios de exclusión, basándose en 6 recomendaciones de comités de expertos y 18 referencias bibliográficas. En Diciembre del 2010 ya se realizó una evaluación de este indicador obteniéndose 40.95% de cumplimiento y el resultado de Enero a Mayo es de 44.91%. Observándose una evolución positiva del mismo, desde su realización e implementación.

DISCUSIÓN:

El protocolo constituye una herramienta útil para mejorar la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios. Se han actualizado los conocimientos de los profesionales que han elaborado el protocolo y ha sido sometido a revisión por el resto, con lo que se consigue dar participación y unificar la actuación de todo el equipo. Actualmente, la implantación del protocolo debe ir asociada a la evaluación de su cumplimiento mediante la herramienta informática diseñada para tal fin.

P265.– TGN PARA IDENTIFICAR PRIORIDADES EN LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEPARTAMENTO TORREVIEJA:DESARROLLO DE HISTORIA CLÍNICA.

GOMEZ-GONZALVEZ G, TOMAS-LIZCANO A, CEREZO-SANMARTIN M.

HOSPITAL DE TORREVIEJA. DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA. TORREVIEJA.

OBJETIVOS:

Aunar avances tecnológicos con los registros de enfermería Priorizar la continuidad de cuidados de enfermería Accesibilidad de los datos de enfermería a todos los profesionales Adecuar los registros en la Historia clínica informática a la teoría y práctica enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS:

A través de la técnica del grupo nominal (metaplán de visualización técnica) y tras la valoración del contexto organizacional a través del análisis DAFO y el contexto sanitario internacional se realizaron unas jornadas de trabajo donde participaron los mandos intermedios de enfermería del Departamento de Torrevieja, incluyendo Atención primaria, para priorizar las iniciativas que había que poner en marcha para afrontar los retos internos y externos de la organización. Se recogieron las aportaciones de cada miembro del equipo en unas tarjetas. Posteriormente se estructuraron por temas en una pizarra. La ventaja de la técnica realizada es que todos los colaboradores participaron por igual, con aportaciones anónimas, el debate se desarrolló de una forma fácil y se pudieron compartir las decisiones de forma directa e inmediata

RESULTADOS:

De las iniciativas y prioridades identificadas por los mandos intermedios de enfermería y referentes elegimos la prioridad número 1: Historia Clínica, única para todo el departamento y desarrollo de las pantallas de registros de enfermería.

DISCUSIÓN:

Se consideró prioritario estudiar y mejorar el problema de los registros de enfermería ya que lo considerábamos indispensable y existía la necesidad de tener registros de cuidados pormenorizados para obtener una información

completa sobre el estado de salud del paciente. Consideramos las implicaciones legales al no registrarse la información debidamente en la Historia Clínica. Se constituyó un grupo trabajo de mejora de Historia Clínica de enfermería con el apoyo y supervisión de la Comisión de Cuidados y de la Dirección de Enfermería Desarrollo Pantallas de la Historia Clínica Florence. Prioridades: Valoración de enfermería según patrones funcionales Inclusión diagnósticos de enfermería y actividades según metodología enfermera Observaciones y cuidados Informe de continuidad de cuidados Administración de medicación nclusión de escalas de valoración como instrumentos de ayuda en los cuidados y para la realización de posteriores estudios de calidad Planes de cuidados estandarizados Los criterios de evaluación fueron diseñados por la Comisión de cuidados del Departamento consistiendo en un correcto registro del personal de enfermería en pantallas consideradas clave y de obligado cumplimiento: Valoración de enfermería cumplimentada antes de las 24 horas al ingreso del paciente en el 98% de los casos Cumplimentación al 85% de los ingresos de la escala de valoración de riesgo de UPP de Norton Realización de informe de continuidad de cuidados de enfermería antes de las 12 horas del alta médica Realización al menos de dos planes de cuidados estandarizados por unidad y año.

P266.– PUNTOS FUERTES Y ACCIONES DE MEJORA A PARTIR DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CLIMA LABORAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

TROVATO-LOPEZ N, CARO-GONZALEZ L, SAROBE-GONZALEZ C, SERIÑA-RAMIREZ C, ESCUDERO-VILAPLANA V, SANJURJO-SAEZ M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON. MADRID.

OBJETIVOS:

Conocer la percepción sobre los factores de satisfacción e integración del personal de un Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) a partir de los resultados obtenidos en la encuesta de clima laboral y establecer puntos fuertes y acciones de mejora

MATERIAL Y MÉTODOS:

Inicialmente, los responsables de Calidad del SFH junto con un experto externo analizan los factores de motivación y satisfacción del personal. Estructuran un sistema de factores y dimensiones de evaluación basadas en las necesidades y características del SFH. A partir de estas dimensiones se establecen los principales aspectos de cada una de ellas y se traducen a preguntas de encuesta. Definido el sistema básico, es analizado por el Comité de Dirección del SF para su discusión y ajuste. Se selecciona la segmentación por estamento ya que este define cadena de mando y tipo de trabajo. En febrero 2011 se realiza la encuesta

RESULTADOS:

Un alto nivel de confianza (mayor del 90%) de encuestas válidas sobre las entregadas y una participación del 94%. Resultados Generales (sobre puntuación máxima de 5): Satisfacción General: 4,17. Satisfacción con la Empresa (imagen de la empresa, objetivos, estructura organizativa, innovación y valores): 3,79. Satisfacción con el Trabajo (funciones y responsabilidades, organización, recursos, tecnología, condiciones de trabajo, información/comunicación, desarrollo profesional y formación): 3,62. Satisfacción con factores personales (empowerment, estilo de dirección, reconocimiento, participación, ambiente de trabajo, gestión laboral, recompensa/retribución): 3,66. Se aprecia una valoración de "Satisfacción General" muy positiva por encima de las

valoraciones de las diferentes dimensiones consideradas. Indica una importante componente emotiva de pertenencia al SF. Al analizar los resultados por estamentos se detectan dos grupos de colectivos diferenciados por sus niveles de valoración: ☐ Responsables y colectivos de Farmacéuticos y Biólogos Valoraciones muy positivas de la gestión de personas en todos sus aspectos (algunos a mejorar). ☐ Colectivos de Personal sin titulación superior. Valoraciones más críticas de la mayoría de las dimensiones y áreas de mejora específicas y relevantes.

DISCUSIÓN:

A raíz de los resultados obtenidos en la encuesta se definen como PUNTOS FUERTES: La Innovación y la Tecnología, la Imagen de Empresa, La Gestión Laboral, El Ambiente de Trabajo, El Desarrollo Profesional y la Formación (para el colectivo de titulados superiores). Se definen como ÁREAS DE MEJORA: El Desarrollo Organizativo del SF, La Información y la Comunicación (comunicación ascendente y en información sobre los resultados del trabajo de las personas), el Reconocimiento, la Recompensa / Retribución, el Desarrollo Profesional y la Formación (excepto para los colectivos de titulados superiores) y la Participación (excepto para los colectivos de titulados superiores).

P267.– REPERCUSIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA UNIDAD DE T.S. DEL C.S. DE LA ÑORA.

GARCIA-MARTINEZ M, IRLES-PEREZ A, HERNANDEZ-VERA MR.

EAP LA ÑORA. LA ÑORA.

OBJETIVOS:

La Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ha generado, desde su implantación, el derecho universal a la misma, ofreciendo en cada comunidad autónoma un catalogo de servicios. Aunque esta situación no es nueva, sí lo es la dimensión que tiene en la actualidad y en las previsiones de un futuro próximo, ya que tenemos que tener en cuenta factores demográficos, como el mayor envejecimiento de la población ligado a la baja natalidad, la cronificación de enfermedades, el incremento de discapacidad por accidentes de tráfico y laborales, mayor supervivencia de personas con alteraciones genéticas, siendo éstos colectivos susceptibles de recibir cuidados sanitarios y sociales de por vida. Este aumento de demanda socio sanitaria es coincidente en el tiempo con cambios profundos a nivel sociocultural y familiar como la incorporación de la mujer al mercado laboral, mayor individualismo, perdida de redes sociales y comunitarias, el pasar de una estructura familiar tradicional extensa a una nuclear, así como su dispersión geográfica. Por todo esto es necesario que nuestra sociedad de respuesta, articulando leyes que, desde el consenso, puedan administrar los recursos posibles con políticas públicas de equidad. OBJETIVOS • Evaluar la repercusión de la Ley en la población atendida en el centro de salud • Cuantificar el número de pacientes a los que se les ha solicitado valoración. • Conocer el tiempo de espera entre la solicitud del usuario y la concesión de la prestación por parte de la administración

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal . Se realiza sobre un total de 165 solicitudes tramitadas , entre Mayo 2007 y Mayo 2011 Se han tenido en cuenta las siguientes variables: Sexo,

edad, fecha de solicitud, grado de dependencia: (Grados III, II y I con los niveles 1y 2), tiempo de espera entre la valoración y la concesión, así como el recurso asignado.

RESULTADOS:

Ae analizan 165 soliciutdes de las cuales se excluyen 6 hombres y 1 mujer por fallecer antes de ser valorados, quedando 158. Siendo el 63,29% (n=100) mujeres y el 36,70%(n=58) hombres. La mayor longevidad de las mujeres se manifiesta al estar el 42% en una franja de 80 – 90 años, frente a los hombres que en la misma franja son el 29,31% (n=17) Valorados con Grados Protegibles: (mujeres) III = 51%; II=25%; I=6% (hombres) III=55,16%; II=27,58%; I=3,44% El recurso concedido mayoritariamente en ambos sexos es la prestación económica, que representa en las mujeres el 62% y los hombres el 55,17%, con un tiempo de espera entre la solicitud y la concesión del recurso de entre 11-20 meses, en el 50% de los casos .

DISCUSIÓN:

Ante esta realidad la administración debería poner en marcha el catalogo de servicios propuesto , además de la prestación económica por cuidador. Se deberia de evaluar si la prestación concedida repercute en los hábitos y en la promoción de autonomía personal de los dependientes y sus cuidadores.

P268.– URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: SATISFACCIÓN DEL ESPECIALISTA EN FORMACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA(MFYC).

FONTCUBERTA-MARTÍNEZ J, MUÑOZ-UREÑA AM, MANRIQUE-MEDINA RL, PÉREZ-AGUILAR F.

UNIDAD DOCENTE DE MFYC CARTAGENA - SAN JAVIER. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción de los residentes de MFyC con la realización de guardias en Servicios de Urgencias Atención Primaria (SUAP) como parte de su programa formativo

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional descriptivo. La población de estudio fue de 64 residentes, de distintas promociones de MFyC. Cumplimentaron un cuestionario autoadministrado con recogida a la finalización del mismo, respetando el anonimato. En el cuestionario se recogía información sobre objetivos cumplidos, posibilidad de adquisición de competencias e implicación del servicio/colaboradores docentes con la formación. Escala de Likert. Tratamiento de datos mediante paquete estadístico SPSS 11.0®: análisis de frecuencias, descriptivos y bivariantes mediante t-student y anova.

RESULTADOS:

Tasa de respuesta 100% Objetivos cumplidos: 76,6% sí; 14,1% no; 9,4% no responde. Realización de actividades para adquisición de competencias (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, en total desacuerdo): Competencias con prioridad I (Indispensables): 98,4% están totalmente de acuerdo o de acuerdo; con prioridad II (Importante para la mayoría de residentes): el 84,4%; con prioridad III (competencias con criterio de excelencia): el 67,2%. Implicación del Servicio con la formación (Excelente, muy buena, buena, aceptable, mala y muy mala): 70,4% consideran que ha sido de buena a excelente. No existen diferencias significativas en las respuestas entre diferentes promociones de residentes.

DISCUSIÓN:

• Los residentes presentan un alto índice de satisfacción con la consecución de objetivos en las guardias extrahospitalarias como parte de su programa formativo. • Elevada respuesta por la metodología empleada en la recogida de datos • La mayoría de residentes perciben que han alcanzado los objetivos formativos como especialistas de medicina familiar y comunitaria en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias. • Las competencias básicas (prioridad I), en urgencias extrahospitalarias, para todo médico de familia son adquiridas por la casi totalidad de los residentes. • La implicación del servicio por el que rotan es elevada, sin embargo, existe una posibilidad de mejora.

P269.– OIDO COCINA. RESULTADOS DE LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO DE NUTRICIÓN.

HERNANDEZ-MENDEZ S, FENOLLOS-SORIANO P, REYES-GARCIA R, ALBARRACIN-NAVARRO JL, ROBLES-BRABEZO JM, OLMOS-MOLERO MA.

AREA III DE SALUD LORCA. LORCA.

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad de las dietas del servicio de hostelería para los pacientes ingresados en un hospital comarcal sin unidad de nutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Detectada la necesidad, a propuesta de las Direcciones se forma un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por: 3 enfermeras, 1 nutricionista, 1 pediatra, 1 endocrino, 1 gobernanta de cocina y 1 jefe de hostelería. Se propone la revisión y actualización de dietas servidas en el hospital, así como la adecuación de dietas para niños. Se realiza un trabajo en tres fases: En al primera fase se recopilan todos los menús vigentes desde el año 2003, realizándose un estudio comparativo desde el punto de vista nutricional con los menús del servicio de catering. En una segunda fase el grupo de trabajo elabora un propuesta de 9 tipos de dieta diferentes: NORMAL, BLANDA, PROTECCION GASTRICA, PROTECCION BILIAR, ASTRINGENTE, PROTECCION RENAL, 1200CALORIAS, 1600 CALORIAS Y 2000 CALORIAS. Cada una de estas dietas incluye 14 menús diferentes, partiendo de la dieta basal y ajustados en aportes calóricos. En la tercera fase se someten a revisión externa por parte de facultativos especialistas en Endocrinología, Cirugía, Medicina Intensiva y Pediatría, así como las supervisoras de Unidad de Hospitalización de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Psiquiatría, procediendo a la aprobación de los menús. El período de tiempo empleado ha sido de mayo a diciembre de 2010.

RESULTADOS:

El grupo de trabajo de Nutrición ha obtenido una total de 9 tipos de dieta, consensuadas con profesionales de diferentas áreas de hospitalización, adecuando el aporte calórico a las necesidades de cada tipo de paciente. Las dietas de Protección biliar, gástrica y renal han sido modificadas y se

ha procedido a la sustitución de algunos productos. Se han elaborado 2 menús pediátricos, divididos en tramos de edad y unas recomendaciones para pacientes ingresados en unidad de Psiquiatría.

DISCUSIÓN:

Uno de los puntos que más influye en la percepción los pacientes sobre la atención recibida durante el ingreso es la calidad de la dieta, siendo ésta una de las principales quejas en muchos hospitales. Al no contar con unidad de nutrición, se ha realizado una adecuación dietética de nuestros menús, con el asesoramiento de un grupo de trabajo y la participación de profesionales de diferentes ámbitos. Sería necesario conocer si los cambios implantados han mejorado el grado de satisfacción de nuestros usuarios.

P270.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO PREQUIRÚRGICO INFANTIL EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

ALCARÁZ-PÉREZ T, GARCÍA-LÓPEZ N, MENA-CHECA P, MIRETE-ALCÁZAR MD, PIÑEÍRO-ALBERO RM, ALONSO-BLANCO F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

En la unidad de Cirugía Pediátrica del pabellón Materno-Infantil de nuestro hospital, se ha observado una deficiencia en la cumplimentación del registro prequirúrgico infantil de enfermería,por lo que nos hemos planteado: Evaluar e Identificar las causas de la deficiente cumplimentación. Planificar Intervenciones de mejora adaptadas a los problemas detectados. Reevaluar para verificar la mejora conseguida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño del estudio fue un Ciclo de Mejora en la Unidad de Cirugía Infantil, siendo la población, niños ingresados para cirugía programada en la unidad de Cirugía Pediátrica de agosto de 2010 a febrero de 2011. El tamaño de la muestra fue de 59 casos para la 1ª Evaluación y 60 para la 2ª, y el marco muestral de dos meses para ambas, no existiendo método de muestreo ni criterios de exclusión pues se evaluaron todos los casos. El análisis del problema de calidad se hizo con el diagrama causa- efecto (ishikawa). Se eligieron seis criterios como aspectos relevantes de la calidad de la actividad que queríamos evaluar. Para la identificación de los casos o unidades de estudio: Listado de los pacientes en la programación de quirófano, que se han sometido a cirugía programada. Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios: Historias Clínicas de los pacientes intervenidos. El tipo de evaluación de nuestro estudio fue interna, retrospectiva y autoevaluada.

RESULTADOS:

Tras la primera evaluación, la planificación e implementación de las intervenciones de mejora consistieron en: Desarrollo de sesiones clínicas: Reunión de la supervisora de la unidad con el personal de enfermería (enfermeros y auxiliares) para exponerles y explicarles los resultados del estudio

(Retroalimentación o difusión) Informar y formar al personal de enfermería de la Unidad, de la correcta cumplimentación del registro por ítems, sensibilizando de la importancia del cambio y haciendo un diseño participativo en las intervenciones para mejorar. Solicitar su colaboración para que los registros estén correctamente reflejados, resaltando los errores detectados en la 1ª evaluación con el fin de mejorar el registro y mejorar los criterios de menos cumplimiento. Responsabilizar a cada profesional del registro de las actividades propias de cada estamento. Organización del trabajo: Establecer pautas de actuación para realizar y registrar cada ítem de la hoja de registro. En los resultados de la reevaluación se obtuvieron mejoras absolutas en todos los criterios, siendo todos estadísticamente significativos. En cuanto a los defectos de la calidad, pasamos de 44 a 18 incumplimientos.

DISCUSIÓN:

A pesar de haber identificado que criterios fueron los principales causantes de los defectos de calidad y tras las medidas correctoras haber evidenciado un área de mejora importante, deberíamos diseñar un plan de monitorización sistemática, para asegurarnos que la mejora conseguida se mantiene, y así poder identificar situaciones en las que exista calidad deficiente.

P271.– IMPORTANCIA EN LA APLICACIÓN DE LA GUÍA EUROPEA COMO SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ADENOMAS EN EL PROGRAMA DE CCR.

LOPEZ-MARTÍNEZ PL, CARRILLO-ORTEGA J, NAVARRO-EGEA AP, RIQUELME-TENZA P, ONO-ONO A, CARBALLO-ALVAREZ LF.

HOSPITAL U. VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

- Optimización en el seguimiento de los pacientes, a los cuales se les detecta adenomas en la colonoscopia de Cribado del Programa de Prevención del CCR de la Región de Murcia. - Demostrar, en la revisión de una serie consecutiva de pacientes procedentes del Programa Regional de Cribado de la Región de Murcia, el efecto sobre el seguimiento que tendría la sustitución de la guía española por la europea.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Totalidad de resultados de pacientes procedentes del programa de cribado de CCR en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante el segundo semestre de 2010 que cumplieron criterios para estabecer seguimiento por adenomas (N=307). Programación de dichos pacientes en agendas especiales para Endoscopia de Cribado. Personal que interviene en el circuito: - Enfermero que participa en el programa, relacionado con la programación y el control del paciente - Médico endoscopista - Enfermera endoscopista, formada en Colonoscopia de Cribado - Auxiliar de enfermería endoscopista, formada en Colonoscopia de Cribado - Enfermero (Sala de Cuidados) - Celador

RESULTADOS:

Se extirparon un total de 846 adenomas. Siguiendo la guía española, el 65 % de los casos fueron clasificados como alto riesgo (PAR), indicándose colonoscopia a los 3 años, y el restante 35 % como de bajo riesgo (PBR), para colonoscopia a los 5 años. Al aplicar los criterios de la guía europea, optando por incluir los opcionales, los casos clasificados como de riesgo alto (PRA) fueron el 21 %, indicándose colonoscopia al año), los de riesgo intermedio (PRI) el 44 % (colonoscopia a los 3 años) y los de riesgo bajo (PRB) el 35% (reingreso en programa sin colonoscopia programada). Así el ahorro neto de colonoscopias a los 5 años aplicando la

guía europea sería de un 35 %, mientras que el restante 65% se distribuiría entre un 21 % al año y un 44 % a los 3 años. por adenomas (N=307).

DISCUSIÓN:

La propuesta de la guía europea optimiza el uso de la colonoscopia como herramienta de seguimiento de los pacientes con pólipos adenomatosos, tanto en el ahorro neto de colonoscopias programadas para los sujetos con menos de tres adenomas no avanzados, como en la intensificación de la vigilancia de los de mayor riesgo, con al menos 5 adenomas y/o pólipos de 20 mm o más.

P272.– LA FORMACIÓN ANTITABACO EN LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.

CARRASCOSA-SALMORAL MP, ROJAS-DE MORA-FIGUEROA A, MARTÍN-GARCÍA S, ALMUEDO-PAZ A, BREA-RIVERO P, OVIES-FERNÁNDEZ A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

En el año 2.002, la Consejería de Salud inició un Plan de actuación sobre el tabaquismo para abordar este grave problema de salud pública, que se vio consolidado en el Plan Integral del Tabaquismo en Andalucía 2005-2010, enmarcado dentro del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Entre sus líneas de actuación se encuentra la formación y capacitación de los profesionales sanitarios en técnicas de deshabituación tabáquica. En consonancia con esta línea de actuación, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía incorporó en los Manuales de Acreditación de Competencias Profesionales, a finales del año 2.007, una evidencia sobre realización de formación en intervención mínima dentro de la Competencia de Actitud de Aprendizaje y Mejora Continua. La presente comunicación pretende describir la evolución del desarrollo de esta competencia en los profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) en proceso de acreditación de sus competencias profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo de la evaluación de la evidencia sobre intervención mínima antitabaco. Población sujeta a estudio: Profesionales acreditados con la versión II de los Manuales Acreditación de Competencias Profesionales. Periodo de estudio: Años 2.008-2.010.

RESULTADOS:

En el periodo estudiado, el número de proyectos de profesionales evaluados en las diferentes convocatorias de acreditación ha sido de 2.501. De todos ellos, el 45,14 % ha obtenido una valoración positiva de la evidencia. Los resultados obtenidos, desglosados por convocatorias de evaluación y año, han sido: 1ª convocatoria 2.008: 38 proyectos, 10,53 % con valoración positiva de la evidencia. 2ª convocatoria 2.008: 96 proyectos, 38,54 % con

valoración positiva de la evidencia. TOTAL AÑO 2.008: 134 proyectos, 30,60 % con valoración positiva de la evidencia. 1ª convocatoria 2.009: 215 proyectos, 38,60 % con valoración positiva de la evidencia. 2ª convocatoria 2.009: 399 proyectos, 47,62 % con valoración positiva de la evidencia. TOTAL AÑO 2.009: 614 proyectos, 44,46 % con valoración positiva de la evidencia. 1ª convocatoria 2.010: 746 proyectos, 41,69 % con valoración positiva de la evidencia. 2ª convocatoria 2.010: 1007 proyectos, 50,05 % con valoración positiva de la evidencia. TOTAL AÑO 2.010: 1753 proyectos, 46,49 % con valoración positiva de la evidencia.

DISCUSIÓN:

Dentro de las estrategias de la organización sanitaria, la formación continua supone una importante herramienta para el desarrollo profesional. A raíz de la puesta en marcha del Plan Integral del Tabaquismo, y analizando a los profesionales acreditados como parte representativa de los profesionales sanitarios del SSPA, se observa un incremento progresivo de los profesionales que se han beneficiado de la formación en intervención mínima antitabaco. Como conclusión, el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales contribuye a la implementación de las estrategias del Sistema Sanitario.

P273.– PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DOCENTE DE MFYC.

MANRIQUE-MEDINA RL, PEREZ-AGUILAR F, FONTCUBERTA-MARTINEZ J, MUÑOZ-UREÑA AM.

UNIDAD DOCENTE DE MFYC CARTAGENA - SAN JAVIER. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad de la formación sanitaria especializada en Medicina Familiar y Comunitaria mediante la elaboración de un Plan de Gestión de la Calidad Docente, que permita garantizar la consecución de los objetivos establecidos en el Programa Oficial de la Especialidad

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica de los documentos existentes sobre planes de gestión de la calidad, en el ámbito de la formación sanitaria especializada, así como los escritos que recogían la normativa legal relacionada con este tema. Mediante un enfoque por búsqueda de consenso se realizaron reuniones de los principales responsables en el diseño de la formación sanitaria especializada de MFyC.

RESULTADOS:

Se elaboró un documento siguiendo el modelo de La Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM®) que constaba de los siguientes criterios y en los que se construyeron los correspondientes indicadores: Liderazgo (5 indicadores), Profesionales (4), Estrategia (6), Alianzas Y Recursos (4), Procesos (13), Resultados En Especialistas En Formacion (7), Resultados En Profesionales (1), Resultados En Sociedad (1), Resultados Clave (6). También consta de un apartado de Mapa de Procesos.

DISCUSIÓN:

☐ Todos los implicados en el proceso formativo de especialistas de MFyC destacan la importancioa de la Gestión de la Calidad Docente ☐ El documento elaborado, "Plan de Gestión de la Calidad Docente", está diseñado conforme al modelo de excelencia seguido por el Servicio Murciano de Salud en su gestión de la calidad. ☐ Los indicadores del Plan de Gestión de la Calidad Docente permiten monitorizar la formación de los residentes como consecuencia de la

actuación de toda la red docente ☐ Disponer de un Plan de Gestión de la Calidad Docente es fundamental para garantizar una formación sanitaria especializada con tendencia a la excelencia, cumpliendo con las expectativas de la sociedad.

P274.– HAMARREKOS INFORMACIÓN EN RED: UN TRABAJO DE ABAJO ARRIBA.

LLARENA-CUEVAS MJ, IBARRA-HERNANDEZ K, UTRERA-MORENO ML, RUIZ-ETXEBARRIA MA, BALLESTERO-ZARRAGA JJ, REGULEZ-ARIÑO MP.

HOSPITAL DE BASURTO. OSAKIDETZA. BILBAO.

OBJETIVOS:

Diseñar, implantar y evaluar una metodología que asegure la implantación de las iniciativas de mejora derivadas de la gestión de los procesos Macros del HBAS de forma estructurada, basados en los principios de aprendizaje compartido y trabajo en equipo multidisciplinar

MATERIAL Y MÉTODOS:

El HBAS consigue en el año 2009 ser el primer hospital estatal en certificarse con las Normas de Calidad, medioambiente e innovación, con un alcance total donde los procesos de Hospitalización y Consultasson los últimos en incorporarse. Lo componen 35 servicios. El diseño de proceso y las primeras auditorias, identifican iniciativas de mejora que deben ser implantadas Tras hacer beckmarking con otras organizaciones, se valoró contar con profesionales dentro de los servicios y unidades que trabajaran y desplegaran esas iniciativas Nacen los hamarrekos en el año 2009 tras obtener la certificación ISO alcance total. Se designan 60 hamarrekos en Hospitalización y 24 en CCEE con el cometido de difundir y trabajar las acciones de mejora con profesionales que se consideran claves en cada servicio Se despliega desde la Unidad de Calidad una sistemática de trabajo Reuniones de hamarrekos a nivel macro: 1 Trasladar las acciones de mejora acordadas por el Equipo de proceso 2 Difundir buenas prácticas, compartir conocimiento y experiencias. 3 Poner en marcha acciones conjuntas 4 Unificar criterios entre servicios reduciendo variabilidad. A nivel micro: 1 Difundir y trabajar las mejoras mediante el trabajo en equipo multidisciplinar, atendiendo a la casuística de cada servicio/unidad 2 Se utilizan Fichas de trabajo, que los hamarrekos de cada servicio van cumplimentando a medida que se va avanzando en la implantación de cada iniciativa de mejora 3 Reuniones sitemaica del

servicio/unidad 4 La participación activa de la Dirección en las reuniones para canalizar y posibilitar las mejoras

RESULTADOS:

En el 2010: 8 reuniones de hamarrekos a nivel macro de Hospitalización y CCEE, y 6 en el año 2011. Los equipos de hamarrekos se reúnen de forma autónoma con el apoyo metodológico de Unidad de Calidad. Con todo ello se ha conseguido Abordar la implantación conjunta de mas de 25 iniciativas de mejora 8 sesiones de buenas prácticas Han colaborado 14 profesionales exponiendo diversos temas de interés para abordar las mejoras Se han diagnosticado necesidades de formación para los hamarrekos. Se constituyen comisiones para el análisis de áreas de mejora que presentan dificultades de implantación.

DISCUSIÓN:

Los hamarrekos se constituyen como la figura clave y necesaria en la implantación de las acciones de mejora como sistema de información en red con un enfoque de abajo arriba. No obstante, la revisión y evaluación continuada realizada desde la Unidad de Calidad de esta metodología junto con los resultados de las auditorias, nos dice que mantener esta sistemática requiere reforzar el trabajo en equipo multidisciplinar e ir incorporando más hamarrekos en los equipos de trabajo.

P275.– DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN: CONSOLIDACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN CLÍNICA. SECTOR ZARAGOZA2.

VELA-MARQUINA ML, GARCIA-MATA JR, VILLA-GAZULLA MT, NOYA-CASTRO C, DE PAZ-LASHERAS MP, MARTA-MORENO J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

Evaluación y seguimiento de los procesos implantados en el Sector, a través del contrato de gestión. Impulsar e integrar la gestión por procesos en la gestión clínica del sector, incrementado los procesos diseñados, implantados y evaluados

MATERIAL Y MÉTODOS:

Identificación de procesos prioritarios, nombramiento del gestor de proceso y constitución del grupo de trabajo. Formación del equipo, apoyo metodológico y diseño del proceso. Aprobación por la comisión del Dirección y difusión del mismo. Implantación del proceso, y elaboración de Contrato de Gestión. Firma del Contrato de Gestión Anual entre el equipo del Proceso y el equipo directivo del Sector. Evaluación y Seguimiento

RESULTADOS:

12 procesos implantados, 1 diseñado y pendientes de aprobación y publicación, 4 en fase de diseño y 4 que han iniciado su formación en el año 2011 8 procesos se evalúan mediante contrato de gestión anual: Cáncer de colon; Ictus; Infarto agudo de miocardio; Formación Continuada; Cuidados de Enfermería, Cáncer de mama, Parto y Epoc En el contrato de gestión se evalúan los siguientes aspectos: Proceso documentado, actualizado en el año, evaluado como requisito necesario Indicadores de proceso, al menos dos indicadores por subproceso: 40 puntos Objetivos específicos del proceso alcanzados: 50 puntos Revisión y mejora: Constancia de acciones emprendidas en acta o ficha de revisión y mejora del proceso: 10 puntos Las puntuaciones de la evaluación del Contrato de Gestión del año 2009 de los 5 procesos evaluados superaron el los 85/100 puntos. obteniéndose los siguientes resultados: Cáncer de colon 95 puntos; Infarto agudo de miocardio: 100 puntos; Formación

86,36 puntos; Ictus 85 puntos; Cuidados de Enfermería 90 puntos. En el año 2011 se sido 8 los procesos evaluados y sus resultados oscilan entre 77 y 96 puntos.

DISCUSIÓN:

Para que la gestión por procesos se difunda, aplique y sirva como instrumento de gestión clínica, es necesario la implicación de la dirección al más alto nivel. El contrato de gestión es una buena herramienta para la mejora de los procesos. Es necesario el apoyo metodológico previo y continuo a los profesionales en el diseño, implantación y evaluación de los procesos.

P276.– IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD EN UN CENTRO HOSPITALARIO.

SANCHEZ-PEREZ I, GOMEZ-PELLICER MD, GARCIA-LOPEZ C, ALCARAZ-MARTINEZ J, PELLICER-RIQUELME D, PARTERA-GONZALEZ MJ.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Conocer los accidentes por exposición a patógenos hemáticos entre los trabajadores del Hospital Morales Meseguer, debido al uso inadecuado del material de bioseguridad Analizar la repercusión ocasionada en el número de accidentes desde la introducción paulatina de estos sistemas de bioseguridad dentro del medio hospitalario Valorar la importancia de la formación continuada al personal en el manejo de sistemas de bioseguridad

MATERIAL Y MÉTODOS:

La introducción del material de bioseguridad en nuestro hospital, comenzó en al año 2000, mediante la implantación de catéteres venosos de seguridad en el servicio de Urgencias Mediante concurso público se ofertó la posibilidad de que las distintas casas comerciales presentasen sus productos, valorándose sobre los mismos: • Estar en posesión tanto del certificado de homologación como del certificado CE. • Disponer de etiquetado con el nº de lote y la fecha de caducidad. • Características fundamentales: tener activación automática del sistema de seguridad, estar exentos de látex según certificado de laboratorio y además disponer de una amplia gama de calibres. La implantación se ha realizado de forma progresiva a lo largo de estos años, existiendo en la actualidad a disposición del personal del hospital los siguientes dispositivos de bioseguridad: Válvulas de acceso intravenoso sin aguja Campanas de extracción de sangre al vacío Agujas de seguridad adaptables a las campanas de extracción Adaptadores sin aguja para campanas de extracción Catéteres venosos de seguridad Jeringas de gasometría de seguridad Agujas de seguridad para reservorios Lancetas automáticas de seguridad Agujas con aletas de seguridadContenedores desechables de objetos punzantes. El presente estudio parte de datos recogidos en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

durante los años 2001-2002 en los que se observó que un 85% de los accidentes se debían a inoculaciones percutáneas, siendo el personal de enfermería el mayor afectado y se centra en los datos de accidentes de riesgo biológico comunicados al Servicio durante los años 2006, 2007 y 2009.

RESULTADOS:

TOTAL ACCIDENTES año 2006:573: 2007:335; 2009:221, 2010:223 de las cuales por inoculación año 2006:16; 2007:7 ; 2009:6 Y 2010:68 y por salpicadura en el año 2006:6; 2007:4 ; 2009: 2 Y 2010: 11

DISCUSIÓN:

Se puede decir que la implantación paulatina de los sistemas de bioseguridad y la adaptación por parte de los trabajadores a estos sistemas ha repercutido en la disminución del número de accidentes en los años 2007, 2009, sin embargo en el año 2010 se observa un aumento considerable debido a una mayor conciencia de notificación de accidentes por parte del personal sanitario. Aunque tienden a disminuir los accidentes, cada vez es mayor el número de trabajadores que los comunica al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, siendo un reflejo de la cultura preventiva que se lleva a cabo en el Hospital y concretamente en nuestro Servicio de Prevención.

P277.– LOS GRÁFICOS DE CONTROL COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS.

CASADO-GALINDO EJ, MUÑOZ-JIMENEZ H, ANZA-AGUIRREZABALA I, BARROSO-GARCIA JA, DUARTE-MUNUERA JA, LACAL-DIAZ FJ.

GERENCIA ÁREA III DE SALUD (LORCA). LORCA.

OBJETIVOS:

Las consultas externas hospitalarias (CEXT) son atendidas por profesionales hospitalarios a pacientes que no están ingresados. En el Área se realizan más de 200.000 consultas/año, en jornada ordinaria (JO) y unas 10.000 en jornada extraordinaria (JE). Se considera el rendimiento de las CEXT como el aprovechamiento de los tiempos existentes, en horario habitual de los profesionales, para realizar el mayor nº de asistencias. Las consultas pueden ser "primeras" (el pacientes es atendido por primera vez) y "sucesivas" (para completar el estudio o el seguimiento). Los gráficos de control pueden servir para analizar la variabilidad de los procesos, con el objetivo de estabilizarlos en un intento de mejorar el rendimiento, identificando las causas comunes y especiales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo del registro de actividad de los profesionales de una especialidad médica hospitalaria. El Departamento de Desarrollo y Soporte de Recursos Humanos ha creado una herramienta que permite la explotación de la actividad real de CEXT. Se han utilizado los datos correspondientes al periodo comprendido entre 1 de abril de 2010 y 30 de abril de 2011 (13 meses). La actividad diaria ha sido agrupada en consultas semanales (existen muchas circunstancias que originan una gran variabilidad diaria), los indicadores utilizados son el nº de consultas semanales realizadas en JO, primeras, sucesivas y totales. Se han utilizado los gráficos x o gráficos de valores individuales.

RESULTADOS:

Se han analizado 56 semanas seguidas, 11.798 consultas en JO (3.886 consultas primeras, 33%, y 7.912 consultas sucesivas, 67%). Media de consultas primeras 69,4

semanales, media de consultas sucesivas 141,3 semanales y media de consultas totales 210,7 semanales (estimado por aproximación 45 consultas diarias, 15 primeras y 30 sucesivas). Se ha realizado la "plantilla" del gráfico de control con la Media, el Límite de Control Superior y el Inferior, y las áreas A,B y C para poder detectar situaciones de "descontrol" utilizando los test de esta herramienta. En los tres gráficos se aprecia que no está el proceso controlado con frecuentes valores fuera de los límites de control, y frecuentes situaciones positivas a los test.

DISCUSIÓN:

Esta aplicación de los gráficos de control utiliza los valores, que se han extraído de las consultas reales, para la normalización de la actividad. El siguiente paso consiste en la identificación y mejora de causas comunes y especiales que permiten controlar el proceso. Es posible facilitar a los profesionales implicados la plantilla del gráfico para que ellos mismos detecten las alteraciones incipientes y e intervengan en la mejora del rendimiento. También puede servir al equipo directivo para establecer objetivos de rendimiento asistencial una vez controlado el proceso.

P278.– PACIENTES MÉDICOS VS PACIENTES QUIRÚRGICOS: ¿NECESIDAD DE AJUSTAR EL SEGUIMIENTO DEL DOLOR?.

GARRIDO-FILGUEIRAS MJ, GARCÍA-FRAGUELA B, RIMADA-MORA D, PUGA-MIRA MJ, GARCIA-REY A, AMADO-ALLER C.

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. A CORUÑA.

OBJETIVOS:

Conocer el porcentaje de pacientes con registro de dolor en las primeras 24 horas del ingreso. Determinar la prevalencia y analizar las características del dolor en los pacientes de la muestra. Comparar las características del dolor en unidades médicas y quirúrgicas a través del Registro especial del dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Criterios de inclusión: pacientes hospitalizados en unidades médicas y quirúrgicas de adultos del CHUAC. Periodo: enero-mayo de 2011.

Criterios de exclusión: pacientes pediátricos (<15 años), unidades de críticos.

Fuente de información: Data-Warehouse a partir del Registro del Dolor en Gacela, este registro cuantifica el dolor a través de la aplicación de la EVA.

Análisis estadístico: test de normalidad, comparación de medias de variables cuantitativas con T-student y comparación de variables cualitativas con el test de Chi-cuadrado.

RESULTADOS:

Contabilizamos un total de 15.421 ingresos y 9.059 registros de dolor. La proporción de pacientes con registro de dolor en las primeras 24 h fue 58,74%. La puntuación media en la EVA fue de 1,58 (DE: 2,36) y un rango entre 0-10. Los pacientes calificaron su dolor en las primeras 24 horas de su hospitalización como: 71,8% leve (EVA: 0-3), el 18,9% moderado (EVA: 4-6) y el 4,7% severo (EVA> 7). No diferencia estadísticamente significativa del nivel del dolor por turnos. Comparando la puntuación de las unidades médicas con las quirúrgicas encontramos que: en las

unidades médicas la puntuación fue de 1,07 (DE: 2,08) y en las quirúrgicas 1,9 (DE: 2,46) ($p<0,001$).

DISCUSIÓN:

El porcentaje de pacientes con valoración del dolor en las primeras 24h es del 58,74%. Tenemos que seguir trabajando con nuevas estrategias para conseguir una mayor adherencia de los profesionales al registro. La mayoría de los pacientes que ingresan presentan dolor leve. Se constata que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor que refieren los pacientes de las unidades médicas en relación con los de las unidades quirúrgicas. Se precisan nuevos estudios que evalúen el tratamiento del dolor asociado a los registros para valorar la necesidad de un seguimiento ajustado a pacientes quirúrgicos.

P279.– OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN ÁREA CON LA CREACIÓN DE UN PORTAL DEL EMPLEADO.

ANZA-AGUIRREZABALA I, DUARTE-MUNUERA JA, LACAL-DIAZ FJ, BARROSO-GARCÍA JA, CASADO-GALINDO EJ, MUÑOZ-JIMENEZ H.

GERENCIA ÁREA III DE SALUD (LORCA). LORCA.

OBJETIVOS:

Los profesionales que trabajan para una organización son una activo clave, y en el mundo sanitario todavía alcanzan gran relevancia por su dimensión y la complejidad de su gestión. La Gerencia del Área de Salud ha orientado la gestión hacia la calidad total siguiendo el modelo EFQM siendo "Personas" uno de los criterios en este modelo. La Sub-Dirección de Recursos Humanos (RRHH) se ha preocupado de facilitar la gestión de documentación por parte de sus profesionales. Para ello se ha creado e implementado, por parte del Departamento de Desarrollo y Soporte de Recursos Humanos, una herramienta informática para facilitar y agilizar los trámites documentales habituales a todos los empleados. Se puede acceder on line a los informes de nóminas, de resumen anual para IRPF, información de la gestión de días de vacaciones, etc. El diseño de la herramienta ha sido realizado de forma compartida con todos los miembros de la Sub-Dirección, falta conocer cuál es la opinión de los usuarios sobre las dimensiones más relevantes de este servicio: utilidad, facilidad de uso y apariencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una encuesta sobre la valoración que hacen de la herramienta informática de RRHH a los profesionales que la utilizan. La encuesta se ha colgado en la página inicial del portal invitando a colaborar. Sólo se puede contestar en una ocasión. Consta de 3 preguntas: la utilidad de los servicios que presta este portal, la facilidad de uso del mismo y el aspecto gráfico. Cada una de las cuestiones se contesta mediante una escala graduada en 5 segmentos (nada, poco, normal, bastante y mucho). Se ha dado también la oportunidad de manifestar, en un campo abierto, los comentarios que consideren oportunos.

RESULTADOS:

Se ha realizado la encuesta durante los meses de Abril y Mayo de 2011. El nº de empleados en plantilla al inicio es 1.594, registrados en la herramienta 1.265 (79.36%). Han contestado 335 (26.48% de los registrados). Los resultados obtenidos en cada uno de los segmentos han sido: a) en Utilidad del portal 0.9%, 1.2%, 32.2%, 33.4%, 32,2%; b) en la Facilidad de uso del portal 0.9%, 2.1%, 24.2%, 36.1% y 36.7%; c) en el aspecto gráfico del portal 1.2%, 3.6%, 34.9%, 31.9% y 28.4%. Podemos afirmar que el 65,7% de los encuestados opinan que la utilidad del portal es bastante o muy útil, que el 72,8% opinan que el portal es bastante o muy fácil de usar, y un 60,3% consideran que el aspecto gráfico es bastante o muy satisfactorio.

DISCUSIÓN:

Los usuarios del portal del empleado valoran positivamente la utilidad, facilidad de uso y apariencia de dicho portal. El uso de las nuevas tecnologías, como procesos de apoyo, son bien acogidos por los profesionales de la organización sanitaria.

P280.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

RODRÍGUEZ-MOLINA MA, VALIENTE-BORREGO F, SÁNCHEZ-MARTÍNEZ I, CAMPOY-MORENO J, ABELLÁN-GUARDIOLA L, VILLA-MORENO E.

GERENCIA ÁREA IX. CIEZA.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del Área de Atención a Pacientes Externos de nuestro Servicio de Farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseñó el ciclo de mejora: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA. Se elaboró una encuesta con un espacio en blanco para sugerencias y 12 preguntas con 6 respuestas alternativas (tipo Likert) sobre el propio PROCESO DE DISPENSACIÓN (trato, confidencialidad, identificación del personal, información, y tiempo de atención), ESTRUCTURA (zona de atención, acceso, horarios, tiempo de espera, cantidad de medicación…) y RESULTADO (grado de satisfacción global). Durante el mes de Mayo de 2010 se ofreció esta encuesta a la totalidad de usuarios atendidos en el área de Pacientes Externos (80) y obtuvimos 28 contestadas. En Noviembre de 2010 se entregan 74 encuestas y se reciben 22 contestadas.

RESULTADOS:

En la 1ª evaluación un 18% de los pacientes que respondieron la encuesta encontraba deficiencias en la zona de atención, y un 11% afirmaba que no se mantenía la necesaria confidencialidad durante el proceso de Dispensación. Estos criterios obtuvieron los peores resultados. Con objeto de mejorarlos, se realizó una intervención que consistió en acondicionar una zona del Servicio con entrada independiente para dar intimidad en el momento de la dispensación. En la 2ª medición estas cifras han descendido a 0%. En el resto de criterios evaluados no se ha encontrado cambios significativos. El 7% de pacientes encuestados en la 1ª medición refería una incorrecta identificación del personal que lo atendió y un 9% en la 2ª.

El 8% de pacientes encuestados en la 1ª medición no está satisfecho con la cantidad de medicación que recibe y sube a 14% en la 2ª. La valoración global de la atención ha sido satisfactoria en un 93% y 91% respectivamente. En cuanto a las sugerencias de los pacientes la más repetida ha sido el agradecimiento por el trato prestado.

DISCUSIÓN:

Tras la habilitación de una zona con acceso independiente para la atención a Pacientes Externos, se ha constatado en las encuestas recogidas un aumento de la satisfacción de los usuarios con la propia zona y también con la confidencialidad ofrecida durante el proceso de dispensación. En este sentido podemos afirmar que la intervención realizada ha generado un aumento de la calidad percibida por nuestros clientes. El análisis de los datos nos lleva a plantearnos dos oportunidades de mejora: la correcta identificación del personal (en ambas evaluaciones los datos presentan un moderado rango de acción) y la necesidad de concienciación en el usuario del control del gasto (encontramos un discreto número de usuarios que consideran que no se les da suficiente medicación) Para terminar, concluir que la valoración que los usuarios manifiestan acerca del trato recibido ha alcanzado niveles muy altos en ambas mediciones, lo cual nos anima a seguir trabajando en la misma línea.

P281.– TRASLADO DE UN HOSPITAL: ANÁLISIS DE SU IMPACTO EN RECLAMACIONES Y QUEJAS.

MUÑOZ-GARZÓN MA, MARÍN-MARTÍNEZ JC, VILLEGAS-ABELLÁN JA, PÉREZ-TÁRRAGA MD, ROSIQUE-SABATER JR, CONTESSOTTO-SPADETTO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

OBJETIVOS:

1) Analizar las quejas y reclamaciones como fuente de información acerca de la repercusión que ha tenido el reciente traslado del hospital en la satisfacción de pacientes y usuarios. 2) Con estos datos, elaborar y priorizar mejoras de la atención sanitaria prestada en las nuevas infraestructuras.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio descriptivo de las notificaciones escritas de disconformidad de pacientes y usuarios con la calidad de la atención recibida en el ámbito hospitalario a lo largo del año 2.010, comparándolas con aquellas relativas a los 5 primeros meses del 2.011, periodo en el que se enmarca el traslado del centro. Se ha analizado los 5 motivos más frecuentes de reclamación y su variación en el tiempo, relacionando estos datos con los cambios estructurales que han acontecido. Los resultados han sido trasladados a los Servicios más afectados, a la Unidad de Calidad y al Equipo Directivo del centro, con el fin de implantar las medidas correctoras pertinentes.

RESULTADOS:

En 2.010 se registraron en nuestro hospital 250 reclamaciones, siendo las más frecuentes: demora en la atención en Urgencias (15.2%), trato de los profesionales (14%), comunicación telefónica (10.8%), disconformidad con el resultado asistencial (10%) y disconformidad con las normas de la Organización (6%). En los primeros 5 meses de 2.011 hubo 177 reclamaciones, relacionadas especialmente con: demora en la atención en Urgencias (15.8%), alimentación (12.4%), disconformidad con las normas de la Organización (11.9%), trato de los profesionales (7.3%) y disconformidad con el resultado asistencial (7.3%). El estudio reveló que el Servicio de

Urgencias era diana de la queja más frecuente (retraso en la atención) de forma mucho más llamativa después del traslado, y además que recogía el 76.9% de las reclamaciones por problemas de trato.

DISCUSIÓN:

Las reclamaciones y quejas son consecuencia de la insatisfacción de pacientes y usuarios con la atención recibida en un determinado ámbito sanitario, y constituyen un instrumento poderoso para detectar fallos y emprender acciones de mejora de la calidad asistencial. Su monitorización ha permitido evidenciar un incremento significativo (170.2%) de estas notificaciones tras el traslado del centro, con una inusitada concentración de las mismas en el Servicio de Urgencias. Paradójicamente, por lo datos estudiados, las importantes mejoras estructurales y de los recursos técnicos y humanos no se están reflejando adecuadamente en el grado de satisfacción de nuestros pacientes. Esto se debe en gran parte a las inevitables deficiencias organizativas de la fase de rodaje de la actividad en un ambiente totalmente reformado, así como al súbito incremento de las expectativas de los usuarios y a la estresante situación de adaptación de los profesionales. En cualquier caso, la revisión de los circuitos de atención e información en Urgencias y la sensibilización general sobre la importancia de un mantener un trato humano exquisito, seguramente ayudarán a paliar estos problemas.

P282.– IMPACTO MEDIOAMBIENTAL DEL PORTAL DEL EMPLEADO EN UN ÁREA DE SALUD.

CASADO-GALINDO EJ, LACAL-DIAZ FJ, BARROSO-GARCIA JA, DUARTE-MUNUERA JA, MUÑOZ-JIMENEZ H, ANZA-AGUIRREZABALA I.

GERENCIA ÁREA III DE SALUD (LORCA). LORCA.

OBJETIVOS:

La preocupación por el medioambiente es una línea estratégica para nuestra Gerencia, apareciendo incluida en su Visión y en sus Contratos de Gestión. En una organización sanitaria se consumen recursos distinta índole. El papel es un material que se consume en grandes cantidades. Desde el punto de vista medioambiental su origen está en la celulosa que procede generalmente de los árboles. El desarrollo de los sistemas de la información puede contribuir a una mejor gestión de este recurso. El Departamento de Desarrollo y Soporte de Recursos Humanos ha implementado una herramienta informática para facilitar a los profesionales de toda el Área el acceso a información "on line" sobre documentación que previamente se ha remitido en papel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo sobre el impacto medioambiental del uso de la herramienta informática diseñada para la consulta "on line" de la nómina de los profesionales de todo el Área, que en abril de 2011 era de 1.856 personas. El único requisito para su utilización es estar dentro de la intranet que abarca todo el Servicio Murciano de Salud y estar dado de alta en dicha aplicación. Desde el momento en el que el profesional está autorizado para la consulta puede acceder, a través del portal del empleado, a la consulta de su nómina mensual, paga extraordinaria, retenciones IRPF...Esta herramienta se puso en marcha en febrero de 2010. Se han contabilizado el nº de altas y se ha calculado el ahorro en papel que se ha generado al no emitirse los informes de nóminas. Se ha calculado también el ahorro económico asociado al proceso utilizando precios de mercado.

RESULTADOS:

Se ha analizado el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de mayo de 2011. Un total de 1.384

profesionales se han dado de alta (86.83% de la plantilla).Se han dejado de imprimir 13.492 en 2010 (43.19%) y 7.084 (63.26%). Consumo evitado: 20.576 folios (> 41 paquetes de folios de 500 unidades), 20.576 sobres, 20.576 timbrados, 5-7 toner de impresora estándar. Gasto evitado: 144€ en papel, 1.665€ en sobres, 4.115€ en timbrado, 525€ en toner, reducción del tiempo de dedicación en impresión y ensobrado 2 personas por 3 horas iniciales a 2 personas por 1 hora actualmente. Se estima que se ha evitado la destrucción de 2 árboles.

DISCUSIÓN:

Se ha obtenido un ahorro en recursos. Es relevante el beneficio medioambiental que debe ser considerado como producto de una gestión de calidad. Las nuevas herramientas deben conseguir que todos los profesionales accedan a su nómina a través del portal informático, y al resto de documentación con la final desaparición del papel en la gestión de RRHH en la organización.

P283.– ¿MEJORA LA APLICACIÓN DEL HAPPY-AUDIT EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS?.

ROS-MARTÍNEZ E, GUERRERO-DÍAZ B, LUQUIN-MARTÍNEZ R, RAMIREZ-ESPÍN F, CÁRDENAS-POZZO A, GARCÍA-GONZÁLEZ A.

C.S. CARTAGENA-OESTE Y CARTAGENA-ESTE. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

- Conocer si mejora el diagnóstico de faringoamigdalitis con la utilización del estudio Happy-Audit. - Evaluar la mejora, tanto cualitativa como cuantitativamente, de la prescripción de antibióticos para el tratamiento de faringoamigdalitis en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Introducción: En un Centro de Salud urbano se puso en marcha el estudio Happy-Audit para el diagnóstico y tratamiento de las faringoamigdalitis, auspiciado por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Tipo de Estudio: Se trata de un estudio observacional prospectivo efectuado entre noviembre 2009 y marzo del 2010. Sujetos de Estudio: Pacientes a los que se diagnosticó Faringoamigdalitis aguda en la historia clínica de OMI-AP (programa informático del Servicio Murciano de salud) durante 5 meses. Se establecieron dos grupos; uno en el que se realiza la intervención según el estudio Happy-Audit y otro grupo control. Fuente de Datos: Listados obtenidos de la historia clínica de OMI-AP de pacientes con faringoamigdalitis aguda, antes y después de la intervención. Variables: nº de recetas, nº de envases, gasto, DDD (Dosis diaria definida de antibiótico x100 habitantes/día), % de amoxicilina-clavulánico, % de penicilinas, % de macrólidos. Tratamiento estadístico: Análisis de variables cualitativas y de la Ji cuadrado para comparación de proporciones y t de Student-Fisher para comparación de medias.

RESULTADOS:

En el grupo de intervención ; el nº de recetas se ha disminuido en 281 que corresponden al 49,60%[IC 95% (46.16 % a 54.54 %)]. RR:1,16 (IC:1,02-1,32) (p menor de 0,05); el total de envases en 318 que corresponde al

51,60% [IC 95% (44.20 % a 52.24 %)]. RR:1,20 (IC:1,06-1,36) (p menor de 0,05); el gasto se ha reducido en 3226 Euros correspondiente al 57,10% [IC 95% (55.79 % a 58.39 %)]. RR:1,52 (IC:1,46-1,59) (p menor de 0,05); las DDD se han reducido un 27,39%, la utilización de amoxicilina/clavulánico ha disminuido un 1,91%, la de macrólidos un 32,80%, aumentando la prescripción de penicilinas un 3,49%. En el grupo control; el nº de recetas ha disminuido en 226 que corresponde a un 43,37% [IC95% (39.09 % a 47.76 %)]; el total de envases en 240 que corresponde a un 43,01% [IC95% (38.88 % a 47.24 %)]; el gasto se ha reducido en 1931 Euros, un 37,50% [IC 95% (36.19 % a 38.85 %)]; las DDD han disminuido un 14,85%, la utilización de amoxicilina-clavulánico se ha reducido un 3,98%, la de macrólidos un 3,69 % y también la de penicilinas en un 3,56%.

DISCUSIÓN:

1.- El proyecto Happy-Audit es una herramienta que ayuda para la realización de una mejor prescripción en faringoamigdalitis. 2.- Existen diferencias, a favor del grupo de intervención, en el uso más adecuado de antibióticos recomendados por la Guía Terapéutica en Atención Primaria. 3.- Se observa una reducción significativa (p menor de 0,05) en recetas, envases y gasto farmacéutico en el grupo de intervención.

P284.– LA FORMACIÓN EN ANTIBIÓTICOTERAPIA, GRAN HERRAMIENTA APLICABLE EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.

GUERRERO-DÍAZ B, ROS-MARTÍNEZ E, RAMIREZ-ESPÍN F, LUQUIN-MARTINEZ R, HERNANDEZ-GUERRA R, CÁNOVAS-INGLÉS A.

C.S. CARTAGENA-OESTE Y CARTAGENA-ESTE. CARTAGENA.

OBJETIVOS:

Conocer si un Proyecto de Formación en Faringoamigdalitis, mejora la prescripción de antibióticos adecuándose a la Guía Terapéutica en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio observacional prospectivo, que se realizó entre los meses de Noviembre del año 2010 y marzo del año 2011. Ámbito: Centros de Salud Cartagena-Este y Cartagena-Oeste. Sujetos: Pacientes con episodio de Faringoamigdalitis registrado en historia clínica informatizada de OMI-AP pertenecientes a 2 Cupos de Medicina de Familia. El estudio se realizó en 2 fases, se analizaron las variables a estudiar antes del periodo de formación, y posteriormente tras la intervención. Fuente de datos: Listados de pacientes con diagnóstico de Faringoamigdalitis en OMI-AP (programa informático del Servicio Murciano de Salud), antes y después de la intervención. Variables: nº de recetas, nº de envases, gasto, DDD (Dosis diarias definidas de antibióticos por 1000 habitantes/día), % DDD amoxicilina-clavulánico/ DDD penicilinas, % DDD de penicilinas/ DDD Antibióticos y % DDD de macrólidos/ DDD antibióticos. Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo con distribución de proporciones, medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS:

Tras la intervención (formación) el número de recetas ha disminuido en un 49,60% (IC95%:46,16%-54,54%), pasando de 566 a 285; el número de envases ha pasado de 614 a 296, disminuyendo un 51,60% (IC95%:44,20%-52,24%) y el gasto se ha reducido en un 57,10% (IC95%:55,79%-58,39%), pasando de 5650 a 2424 euros; la DDD de 6054 a 3168; el % DDD amoxicilina-clavulánico/ DDD penicilinas ha pasado del 450,92 a 294,86; el % DDD

penicilinas/ DDD antibióticos de 331,06 a 228,47 y por último el % DDD macrólidos / DDD antibióticos de 54,68 a 24,49.

DISCUSIÓN:

Tras la intervención (formación) el número de recetas ha disminuido en un 49,60% (IC95%:46,16%-54,54%), pasando de 566 a 285; el número de envases ha pasado de 614 a 296, disminuyendo un 51,60% (IC95%:44,20%-52,24%) y el gasto se ha reducido en un 57,10% (IC95%:55,79%-58,39%), pasando de 5650 a 2424 euros; la DDD de 6054 a 3168; el % DDD amoxicilina-clavulánico/ DDD penicilinas ha pasado del 450,92 a 294,86; el % DDD penicilinas/ DDD antibióticos de 331,06 a 228,47 y por último el % DDD macrólidos / DDD antibióticos de 54,68 a 24,49.

P285.– EVALUACIÓN CONTINUA Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN UNA VÍA CLÍNICA DE RTU PRÓSTATICA.

OCEJA-SETIÉN E, FARIÑAS-ÁLVAREZ* C, RODRÍGUEZ-CUNDÍN P, FREIRE-RUIZ G, MONGE-MIRALLAS JM, ASENSIO-LA HOZ A.

HOSPITAL SIERRALLANA. TORRELAVEGA.

OBJETIVOS:

Objetivo: Evaluar la vía clínica de la RTU prostática implantada en nuestro hospital a través de sus indicadores (cobertura, efectividad, seguridad y satisfacción), como una oportunidad para detectar áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Métodos: La fecha de implantación de la vía de RTU prostática fue Noviembre de 2006. El periodo de estudio comprende desde Enero de 2007 hasta Diciembre de 2010. La evaluación de la vía es continua, a través de la explotación de la base de datos diseñada al efecto. Se han calculado los indicadores específicos de cobertura (número de pacientes incluidos en vía) efectividad (grado de cumplimiento de la duración de la estancia), seguridad (aparición de complicaciones o incidencias) y satisfacción (a través de encuestas diseñadas al efecto). Los documentos analizados han sido la hoja de variaciones y la encuesta de satisfacción.

RESULTADOS:

Resultados: Se han incluido 112 pacientes en la vía clínica durante los 4 años de estudio. La cobertura de la vía clínica ha presentado una mejoría a lo largo del periodo estudiado, pasando de 62,3% en 2007 a ser del 100% en 2010, dado que todos los pacientes intervenidos de RTU de próstata durante este año siguieron la vía clínica. Este último dato de cobertura se obtuvo mediante una auditoría de las historias clínicas de los pacientes intervenidos, ya que solo en el 50% de los casos se había recibido la hoja de seguimiento en la Unidad de Calidad. Con respecto a la efectividad, el plazo establecido en el que han de ser dados de alta los pacientes es de 8 días, cumpliéndose este indicador en el 89,5% de los hombres en 2007, cifra que ha aumentado en los 2 últimos años, siendo de 92,3% y 93,3% respectivamente. La

seguridad de la vía clínica, medida como ausencia de efectos adversos, también ha mejorado en los dos últimos años, pasando de 68,4% en el año 2007 y 69,6% en 2008, a 84,6% en 2009 y 93,3% en 2010. La tasa de respuesta a la encuesta de satisfacción ha seguido un curso irregular, aumentando durante los años 2008 (93;5%) y 2009 (77,3%) para llegar a ser de 54,5% en el 2010,similar a 2007 (52,6%). La satisfacción global se evalúa mediante 2 preguntas (escala de puntuación de 0 a 10): "recomendaría el hospital a un familiar" y "cuál es el nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios recibidos". La primera pregunta obtuvo una media de 8,9 (2008), 8,6 (2009) y 8,8 (2010), y la satisfacción global media fue de 9,5 (2008), 9,1 (2009) y 9,3 (2010).

DISCUSIÓN:

Discusión y conclusiones: En general, los indicadores de la vía clínica han ido mejorando desde su implantación. La evaluación sistemática de la vía ha permitido identificar áreas de mejora que se han implantando; un ejemplo de las áreas propuestas para 2010 son: revisión del circuito de recepción de las hojas de seguimiento de la vía clínica en la Unidad de Calidad, revisión de las incidencias recogidas en dicha hoja, y acciones destinadas a mejorar la calidad de la comida del hospital.

P286.– GESTIÓN DEL PROCESO DE ASISTENCIA FARMACOTERAPEUTICA EN EL PACIENTE HOSPITALARIO SEGÚN EL MODELO EFQM.

VALIENTE-BORREGO F, DE LA RUBIA-NIETO A, LEON-VILLAR J, FERNANDEZ-BARRERAS CM, MARTINEZ-BUENO MA, VILLA-MORENO E.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA.

OBJETIVOS:

Diseñar mediante metodología EFQM la gestión del proceso "Asistencia Farmacoterapéutica al paciente ingresado", como proceso clave, dentro del proyecto corporativo de mejora continua de nuestro Sistema de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El proceso "Asistencia Farmacoterapéutica al paciente ingresado" es un proceso estratégico para la gestión de la farmacoterapia en los servicios de farmacia. Se ha constituido un grupo de trabajo formado por profesionales implicados en esta área. Se estableció un cronograma de trabajo y se desarrolló la siguiente metodología: 1. Descripción del proceso (misión, objetivo, destinatarios y expectativas, proveedores y requisitos, límites, subprocesos) 2. Representación gráfica (entradas y salidas, guías y recursos, diagramas nivel 1, diagramas nivel 2 y diagramas de flujo) 3. Elaboración de procedimientos y establecimiento de indicadores que permitan el seguimiento.

RESULTADOS:

Se ha elaborado el documento "Guía del proceso de asistencia farmacoterapéutica en el paciente hospitalario" que incluye todos los apartados requeridos desde la definición de la Misión del proceso hasta la representación Diagramas de flujo. Aunque hay definidos unos indicadores comunes no se han desarrollado ni su implantación, medición ni su seguimiento y evaluación, que quedarán para una fase posterior. Dicha guía ha sido presentada como Línea de actuación dentro de nuestro Contrato de Gestión.

DISCUSIÓN:

1. El desarrollo de la gestión por procesos nos permite adoptar el modelo EFQM como referencia de evaluación y mejora. 2. La creación de grupos de trabajo fortalece la

implicación de los profesionales en la mejora continua y refuerza el sentido de pertenencia. 3. La gestión por procesos permite a los profesionales abordar los problemas de salud con una visión centrada en el paciente. 4. Queda pendiente el desarrollo, implantación, seguimiento y evaluación de los indicadores que nos permitan una monitorización de los niveles de calidad en nuestro servicio.

P287.– ANÁLISIS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ARAGÓN.

FEBREL-BORDEJÉ M, ANTOÑANZAS-LOMBARTE T.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

La Ley General de Sanidad (LGS) y la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) reconocen derechos y deberes de pacientes y en concreto el Consentimiento informado (CI). Según la LAP toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes. El CI es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. El objetivo es conocer, en Aragón, la percepción social del CI entre los profesionales sanitarios y su práctica analizando la idoneidad de CI.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizó metodología de investigación cualitativa (entrevistas semiestructuradas) . Se analizaron, en los dos hospitales principales, CI de siete procesos más frecuentes en especialidades con alto número de reclamaciones patrimoniales por motivos de CI (oftalmología, obstetricia/ginecología, traumatología, anestesia, digestivo/ colonoscopias) revisando aspectos relacionados con el formato, procedimiento y riesgos.

RESULTADOS:

Del discurso se desprende que la información clínica es un elemento integrado en la praxis médica habitual. Los profesionales lo interiorizan como una función que les corresponde a ellos y consideran que, en general, se está haciendo correctamente. La información verbal en muchos casos se está haciendo correctamente, en muchos casos, en otros no, que va por servicios y por personas. (E1) Se constata la existencia de una opinión unánime sobre la consideración del consentimiento como un documento o trámite administrativo más, siendo calificado como “añadir burocracia”. La mayoría, informan muy poco sobre el

consentimiento, y les da un papel al paciente como si fuera un trámite más un trámite más burocrático-administrativo más dentro todo el proceso burocrático-administrativo del acto clínico. (E2) Existen enormes dificultades para la aprobación de nuevos CI ya que es complicado debatir acerca de riesgos o efectos del procedimiento. Los hospitales analizados cuentan con un registro de CI que se podrían considerar aprobados La explicación del procedimiento estaba bien o muy bien descrita en el 79 % de los casos y regular en el 21 %. Lo mismo cabe decir para el procedimiento, beneficios y efectos. Solo en un caso estarían mal explicados los beneficios/efectos. La existencia de alternativas al tratamiento están presentes en el 79 % de los CI.

DISCUSIÓN:

1. Existe gran diferencia entre el significado que atribuyen a la información y al CI juristas y sanitarios considerándolos estrechamente relacionados o netamente separados, respectivamente. 2. El CI no está siendo útil para la toma de decisiones. Sería recomendable mejorar el contenido, formato, legibilidad, comprensibiidad (lenguaje, menos técnico y con esquemas o diagramas).

P288.– IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA(GFT).

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ S, TITOS-ARCOS JC, SÁNCHEZ-QUILES IM, NÁJERA-PÉREZ MD, LEÓN-VILLAR J, IRANZO-FERNÁNDEZ MD.

H MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

La comercialización progresiva de medicamentos, ha supuesto un incremento del número de ofertas enviadas por la industria farmacéutica para su adquisición. Como consecuencia, el Servicio de Farmacia se ha planteado diseñar y valorar un procedimiento normalizado que permita, la selección de medicamentos ofertados de forma sistemática siguiendo unos criterios preestablecidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseñó un cuestionario de evaluación que, además de los datos generales del medicamento, recogía, por orden preferente, información sobre características consideradas relevantes. En primer lugar, se establecieron los requisitos de obligado cumplimiento para todas las formas farmacéuticas , de manera que, el incumplimiento de alguno de ellos conllevaría la desestimación de la marca comercial a seleccionar. A continuación, se registraron los requisitos generales y los específicos de formas farmacéuticas orales, inyectables y citostáticos. Por último, aspectos del laboratorio ofertante Por otro lado, se elaboró un registro en excell® de las muestras recibidas que contenía sus datos identificativos. Se analizaron todas las muestras recepcionadas cumplimentando el cuestionario de evaluación.

RESULTADOS:

El total de muestras recibidas junto con las ofertas para el año 2011 fue 158; de las cuales se seleccionaron 28(17,72%); el resto 130(93,67%), se desestimaron: 67, por incumplimiento de requisitos excluyentes y 63, por incumplimiento del resto. La cuantificación fue la siguiente: Distinto principio activo incluido o a incluir en la GFT: 20 Distinta dosis/unidad: 19 Distinta concentración por unidad de volumen: 1 Distinta forma farmacéutica: 14 Distinto

volumen total: 4 Distintas indicaciones terapéuticas aprobadas en ficha técnica que el producto original: 9 No presentación en Unidosis: 7 Envase y/o etiquetado con serigrafiado poco legible: 11 Envase y/o etiquetado no indica: dosis, volumen total y/o concentración: 1 Embalaje y etiquetado inadecuado para su almacenamiento: 2 Pauta y/o condiciones de administración no mejoradas: 3 Menor facilidad y seguridad en el sistema de apertura: 1 Condiciones económicas no mejoradas en Atención Especializada: 37 Repercusión económica desfavorable en Atención Primaria:1.

DISCUSIÓN:

La implantación de este procedimiento ha permitido: - Seleccionar nuevas marcas comerciales atendiendo no sólo a las condiciones económicas, si no contando con aspectos que son fundamentales en la seguridad del paciente - Acceder en cualquier momento a la información recogida, facilitando la sustitución y comparación de distintas marcas comerciales - Cumplir lo establecido en el RD1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, ya que tenemos en cuenta las indicaciones aprobadas en las fichas técnicas - Evidenciar la necesidad de crear una base de datos a partir de los distintos archivos utilizados en el procedimiento, que permita acceder a todos los criterios establecidos, clasificarlos y explotarlos.

P289.– PROCOLOS CLAROS Y ACCESIBLES. UNA HERRAMIENTA QUE FACILITA EL TRABAJO DE LA UAU (UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO).

GASCON-FERRET JO, MUÑOZ-ROLDAN AR, BAIGET-ORTEGA AN, TELLO-PEREZ AL, HURTADO-COLMENERO NA.

CAP CAN BOU. CASTELLDEFELS.

OBJETIVOS:

Desde la inauguración de nuestro EAP en 2005 ha sido objetivo del centro elaborar circuitos de recepción y derivación de usuarios. Estos circuitos se plasman en protocolos que elabora el referente junto con una persona responsable. Los protocolos cumplen la misión de unificar la forma de actuar de todo el personal de la UAU desde la entrada del usuario hasta la su derivación a algún servicio externo. Por esta razón deben cumplir siguientes parámetros básicos: 1. Deben guiar el proceso a buen fin: Esto se asegura gracias al trabajo del referente cuya misión es consensuar el circuito con los internos o externos del Centro de Atención primaria. 2. Deben claros: Para no entorpecer el normal discurrir de la actividad de la UAU. Su redacción, a cargo también del referente, debe clara y concisa, dando sólo aquella información necesaria en para la buena recepción o derivación. 3. Deben estar actualizados: Con el fin de evitar errores producto de versiones anteriores, el referente debe, en todo momento, comprobar su vigencia. 4. Deben ser accesibles: Para este fin los hemos digitalizado e incluido dentro de la intranet. Así los miembros de la UAU (Unidad de Antención al Usuario) pueden consultarlos en cualquier momento reforzando su trabajo y minimizando el número de errores. La intranet se vuelve así en una manera de tener siempre disponibles y actualizados los protocolos. Tenemos un total de 266 protocolos distribuidos en las siguientes categorías: Analíticas (15) Especialistas (63) Pruebas (101) Recepción de Usuarios (87). Todos son accesibles y pueden ser encontrado con facilidad gracias al sistema de búsqueda. Además, cada uno forma parte de un registro donde está especificado: Centro de origen, centro de destino y la edad del usuario. Esto permite clasificarlos con un solo clic. El objetivo de este trabajo es medir la opinión de los miembros de la UAU sobre si los protocolos

son una herramienta válida para su trabajo. Así mismo, establecer el impacto de esta herramienta en la satisfacción de los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta a toda la UAU. para que valoraran entre 1 y 10 los siguientes ítems: 1 ¿Son útiles los protocolos? 2 ¿Son accesibles? 3 ¿Son claros? 4 ¿Están actualizados? Encuesta de satisfacción de los usuarios del Cat Salut del 2010.

RESULTADOS:

Las notas medias de cada ítem fueron: 9.5 para la utilidad, un 7.63 para la accesibilidad, un 8.3 para la claridad y con un 8,38 para su actualización. La encuesta de satisfacción del Cat Salut nos da 6,1 puntos por encima de la media de Cataluña en trato al usuario y 8,2 en atención telefónica.

DISCUSIÓN:

De estos resultados deducimos que unos protocolos bien estructurados, accesibles y claros son una herramienta útil para mejorar el trabajo del personal de la UAU.

P290.– EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

SÁNCHEZ-CATALICIO MM, LEÓN-VILLAR J, TITOS-ARCOS JC, NICOLAS-MARTÍNEZ JJ, GÓMEZ-MARTÍNEZ F, LÓPEZ-ROMERA A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar el cumplimiento del protocolo de preparación de citostáticos por parte del personal auxiliar y de enfermería implicado del servicio de farmacia de un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos 5 cortes transversales (jornada laboral de 7,3 horas) en cinco semanas. Medimos con una planilla diseñada a tal efecto donde constan 19 criterios para el auxiliar y 17 para la enfermera. El método es observación directa, hasta en diez ocasiones por jornada, del auxiliar y enfermera que trabajan en una de las dos cabinas de flujo laminar vertical (CFLV), anotando en cada ocasión el cumplimiento ó incumplimiento de los criterios evaluados. Para evaluar los criterios de trazabilidad (lote y caducidad) y firma del personal implicado en el proceso de elaboración, se revisaron en cada ocasión (5 en total) 20 hojas de preparación de citostáticos. En el caso del criterio, registro de las horas de exposición, se midieron 30 días de registro (mayo 2011).

RESULTADOS:

Los criterios incumplidos: Auxiliar: ausencia de joyas (60,00%), guantes por encima de la bata (40,00%), ausencia de maquillaje (40,00%), bata mangas largas (20,00%) y mascarilla (10,00%). Enfermería: lavado quirúrgico de manos (20,00%), ausencia de joyas (20,00%) y registro de horas de exposición (16,66%). El resto de los criterios se cumplieron al 100,00%. El indicador de lavado Quirúrgico se incumple al valorar incorrecto no lavar hasta codos, pero en todos los casos se hizo lavado de manos con antiséptico y cepillo de uñas. El indicador guantes por encima de bata se incumple al valorar incorrecto el colocar el guante bajo el puño de la bata, pero en todos los casos se hizo uso de los guantes.

DISCUSIÓN:

La dosificación de medicamentos citostáticos, debe realizarse en las máximas condiciones de calidad para el paciente, y de seguridad para el trabajador que realiza la mezcla. Es una actividad que precisa, por tanto, del cumplimiento riguroso del protocolo de manipulación en cuanto a las condiciones de esterilidad, asepsia, limpieza y cumplimiento de los criterios de seguridad en el equipamiento, manejo y eliminación de residuos. Nuestro protocolo de preparación se creó en 1998, y se actualizó por última vez en el año 2009. En este estudio, ha habido un alto índice de cumplimiento del protocolo de preparación de citostáticos por parte del personal auxiliar y de enfermería. Además, comparado con el estudio realizado en el año 2003 (XXI Congreso de la SECA), se observa una mejoría del incumplimiento de los siguientes criterios: ausencia de joyas y maquillaje (probablemente debido a un incremento de varones en el personal de enfermería), lavado quirúrgico de manos y registro de las horas de exposición. A pesar de ello, debemos seguir mejorando en el uso adecuado de la indumentaria, el lavado quirúrgico previo y la ausencia de joyas y maquillaje.

P291.– COMPETENCIA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS PROFESIONALES ACREDITADOS DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE ANDALUCÍA.

MARTIN-GARCIA SM, OVIES-FERNÁNDEZ A, HERCE-MUÑOZ AM, ALMUEDO-PAZ A, BREA-RIVERO P.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

OBJETIVOS:

El objetivo es analizar el grado de desarrollo de la competencia Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en los 1460 profesionales SSPA que han alcanzado la acreditación desde el año 2005 hasta mayo de 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo de los resultados de la evaluación de la competencia MBE de todos los profesionales que han realizado el proceso de acreditación y que tienen dicha competencia incluida en el Mapa de su disciplina.

RESULTADOS:

Hasta junio de 2011 son 1460 los profesionales que han completado su proceso de acreditación y que tienen la competencia incluida en el mapa de competencias de su disciplina. El porcentaje de desarrollo de la competencia atención sanitaria basada en la evidencia es del 70%. En atención especializada el porcentaje de cumplimiento es del 71% (1222 profesionales acreditados), en atención primaria es del 68% (238 profesionales acreditados).

DISCUSIÓN:

La Medicina Basada en la Evidencia es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Tiene como meta final mejorar la calidad y la atención de la salud tanto de pacientes individuales como de la sociedad, fomentando una atención sanitaria basada en la investigación científica sin dejar de tomar en cuenta los valores propios de cada paciente y la experiencia del clínico. El modelo de acreditación de competencias profesionales del SSPA, de manera similar a otros métodos de evaluación de competencias profesionales descritos en la literatura, incluye entre las competencias que deben estar presentes en los

profesionales sanitarios la MBE. En nuestro modelo la evaluación esta competencia se dirige a dos de las etapas en las que se asienta la metodología de la MBE como son la lectura crítica de la literatura médica y la revisión sistemática de la evidencia existente. En el análisis realizado no se observan diferencias significativas en el cumplimiento de la competencia medicina basada en la evidencia en los profesionales de atención primaria y atención especializada. Las disciplinas que muestran un mayor desarrollo de la competencia son Otorrinolaringólogo/a (88%), Pediatra de Atención Hospitalaria (85%) y Médico/a Internista (84%). Las disciplinas con un menor desarrollo son Traumatólogo/a (47%) y Oncología Médica (50%). Los profesionales sanitarios acreditados muestran un elevado grado de cumplimiento de la competencia medicina basada en la evidencia. En la mayoría de las disciplinas se encuentra entre las competencias con mayor grado de cumplimiento.

P292.– PROMOCIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ON-LINE COMO ESTRATEGIA ENCAMINADA A REDUCIR EL NÚMERO DE LLAMADAS QUE RECIBE EL CENTRO.

GASCON-FERRET JO, TELLO-PEREZ AL, MUÑOZ-ROLDAN AR, BAIGET-ORTEGA AN, HURTADO-COLMENERO NA.

CAP CAN BOU. CASTELLDEFELS.

OBJETIVOS:

Con el aumento de la presión asistencial ocurrida en el centro desde hace dos años se ha notado un incremento del número de llamadas. Pensamos que muchas de estas llamadas podrían evitarse si la población utilizara la programación y consulta on-line. Elaboramos flyers donde se explica de forma fácil cómo programar, consultar y cambiar la fecha de una cita. Se distribuyeron entre los usuarios. Cambiamos el mensaje incorporando la dirección de la web http://castelldefelsalut.cat/ como opción cuando el usuario pide un cita previa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se preparó un registro on-line basado en Microsof Acces al que tenían acceso todos los miembros de la UAU desde la intranet. Cada llamada se clasificó en uno de los siguientes campos: 1. Llamadas derivadas al ASSIR. 2. Atenciones telefónicas 3. Cambio o cancelación de cita 4. Visita de medicina complementaria. 5. Visita a odontología complementaria 6. Consulta sobre una cita. 7. Llamadas derivadas a Call centre 8.Visita domiciliaria 9.Consulta desde farmacias 10.Información en general 11.Llamadas desde residencias. 12. Revisiones de pediatría 13.Llamadas derivadas a Servicios Sociales. 14. Llamada perdida. 15. Llamadas para el personal interno 16. Urgencias y 17. Visitas que sólo pueden programarse desde el centro. Se registró también el número de usuarios que daban el código CIP de su tarjeta sanitaria.

RESULTADOS:

1.80 (4%). 2.183 (9%) 3. 225 (11%) 4.43 (2%). 5. 97 (5%) 6. 154 (8%).7. 198 (10%) 8. 20 (1%) 9. 13 (0.66%) 10. 333 (16,78 %) 11. 35 (1,76). 12. 45 (2,27 %) 13. 25 (1,26 %). 14. 49 (2,47 %). 15. 135 (6,80) 16. 223 (11,24 %) y 17. 126 (6,35 %). También detectamos que sólo el 8.2

% de los usuarios utilizan la tarjeta sanitaria para pedir visita. El 29,1 % de las llamadas (577) corresponden estos tres ítems: Llamadas derivadas al call Centre, Cambio o cancelación de visita y Consulta sobre una determinada cita. Estas llamadas no hubieran sido necesarias si el usuario hubiese accedido a la consulta i/o modificación a través de la programación on-line. Las acciones que vamos a llevar a cabo se centrarán en dos aspectos fundamentales: Distribución de información sobre el acceso a la web de programación on-line entre todos los usuarios y en la introducción de un mensaje cuando esta gestión ser realice desde la centralita. Concretamente en decirle al usuario la existencia de la posibilidad de programación on-line.

DISCUSIÓN:

Los datos obtenidos tras la implantación de las mejoras no son aun concluyentes. Continuamos recabando, en octubre podremos ya mostrar si ha habido un descenso.

P293.– DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TRATADO EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO.

FARIÑAS-ÁLVAREZ C, ALIJA-LÓPEZ V, VALDOR-ARRIARÁN M, MORENO-DE LA HIDALGA M, REVUELTA-ARROYO RA, DELGADO-CASAS MJ.

HOSPITAL SIERRALLANA. TORRELAVEGA.

OBJETIVOS:

Objetivos En el año 2006 se incluyó el tratamiento de pacientes oncológicos en el Hospital de día Médico (HDM) de nuestro hospital, lo que supuso la implantación de protocolos de atención médica y cuidados de enfermería, y de la prescripción electrónica de los tratamientos oncológicos. El objetivo es conocer la satisfacción percibida en los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital de Día Médico del Hospital Sierrallana y detectar posibles áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Métodos: Se ha realizado un estudio transversal en el periodo del 1 de enero 2010 hasta el 31 de marzo 2010. La población de estudio fueron todos los pacientes que acudieron al HDM para tratamiento oncológico durante el periodo de estudio excluyendo los que acudían por primera vez. Se entregó un cuestionario anónimo de autocumplimentación, que los pacientes entregaron en buzones específicos colocados en el HDM. El cuestionario aplicado fue una adaptación del SERVQHOS (once preguntas que abordan los aspectos de la calidad de la asistencia con respecto a las expectativas que tenía el paciente antes de ingresar valoradas mediante la escala likert de 1 (mucho peor de lo esperado) a 5 (mucho mejor de lo esperado), 4 preguntas con respuesta “Si” o “No” que contrastan aspectos de la información del paciente y dos preguntas de satisfacción global (escala numérica de 1 a 10). Finalmente hay un espacio donde el paciente puede expresar su opinión. La calidad asistencial que explora el cuestionario se agrupó en 5 dimensiones: satisfacción global, trato, información recibida, organización e infraestructura.

RESULTADOS:

Resultados: Se incluyeron en el análisis 30 encuestas. La edad media fue de 57,9 años (DE:17,6), 46,7% mujeres. El 82,2 % tenían estudios básicos. La satisfacción global media fue de 9,7 (DE:0,7), y en la pregunta de si elegiría de nuevo el HDM para otros tratamientos se obtuvo una media de 9,8 (DE: 0,5). El 100% del personal que atendió al paciente se identificó correctamente. La evaluación del personal médico obtuvo una puntuación de 10 para 28 de los 30 pacientes, que declararon que la relación fue buena/muy buena en el 100% de los casos. De igual modo, tanto la preparación y capacitación y amabilidad de los médicos como de las enfermeras fueron evaluadas como mejor/mucho mejor de lo esperado por más del 95% de los encuestados. Con respecto a la información recibida, el 86,2% evaluó como mejor/mucho mejor la información sobre su tratamiento, y el 84,6% sobre las recomendaciones al alta. La comida fue el único item con valoraciones negativas, siendo evaluada como peor/mucho peor de lo esperado en el 25,0%.

DISCUSIÓN:

Discusión y conclusiones: La satisfacción de los pacientes es muy alta. Destaca muy positivamente la valoración de la capacitación técnica y la amabilidad del personal sanitario del HDM. La encuesta pone de manifiesto la necesidad de intensificar estrategias de mejora en el proceso de alimentación.

P294.– PERFIL DE SALUD EN POBLACIÓN MAYOR DE 54 AÑOS CON ENFERMEDAD REUMÁTICA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

MORENO-LÓPEZ AB, MONTEAGUDO-PIQUERAS O, HERNANDO-ARIZALETA L, CARPE-CARPE B, PALOMAR-RODRÍGUEZ JA.

CONSEJERÍA DE SANIDAD. MURCIA.

OBJETIVOS:

Las enfermedades reumáticas (ER) constituyen un grupo heterogéneo de patologías de elevada prevalencia que afecta en gran medida a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), especialmente en la mitad superior del ciclo vital. La Encuesta de Salud de la Región de Murcia 2007 (ESaRM) mostró que los problemas reumáticos representaban el conjunto de enfermedades crónicas (EC) más prevalente, con un 26,3%. Por todo ello, el objeto de este trabajo es comparar la CVRS de la población con ER respecto a la población sin EC, mayor de 54 años de la RM, en función del sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En la ESaRM del 2007, se administró el SF-12v2, un cuestionario genérico de CVRS, que proporciona un Perfil de Salud (PS) a través de 8 dimensiones: Función física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. La población con ER fue identificada en la ESaRM a partir de la pregunta "¿Le ha dicho su médico que padece alguna de las siguientes enfermedades?", con 9 opciones de respuesta, 8 de ellas cerradas (Sí/No: "hipertensión arterial", "diabetes mellitus", "asma, bronquitis crónica y enfisema", "enfermedad del corazón", "alergia", "depresión", "artrosis y problemas reumáticos", "tumor maligno") y una abierta para la especificación de otras afecciones. La población sin EC es aquella que respondió "no" a esta pregunta. Los valores centrales de las dimensiones de CVRS se analizaron en función del sexo y de la presencia de ER. El análisis (ANOVA de un factor) se hizo con el paquete estadístico SPSSvs15.

RESULTADOS:

De las 3.381 personas que participaron en la encuesta, 1.447 (42,8%) tenían más de 54 años. De éstos, el 12,5%

no presentaba ninguna EC y el 87,5% declaró tener al menos una ER. La población sin EC tenía una media de edad de 66,7 años (DE=10,0), y una proporción de mujeres del 36,1%; la población con ER tenía 70,8 años de media (DE=9,3) y un 52,4% de mujeres. Según el PS, la CVRS de la población sin EC es mejor que el de la población con ER en todas las dimensiones para ambos sexos ($p<0,001$).

DISCUSIÓN:

La población con ER mayor de 54 años presenta peor PS que la población sin EC del mismo grupo etáreo. Las diferencias encontradas presentan gran magnitud, tanto en mujeres como en hombres, para todas las dimensiones de la CVRS. Estos hallazgos deben contemplarse en la planificación asistencial de este problema de salud.

P295.– MEDICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO: INDICADORES DE CUIDADOS EN EL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO.

PÉREZ-RIVAS FJ, MATEOS-RODILLA J, BAYÓN-CABEZA M, HERNÁNDEZ-PASCUAL M, RICO-BLÁZQUEZ M, MARTÍN-IGLESIAS S.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

OBJETIVOS:

El Contrato Programa de Centro (CPC) es un instrumento de gestión que establece de manera homogénea unos objetivos e indicadores comunes para los centros de salud (CS) de la Comunidad. El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica clínica del cuidado. Objetivo: Dar a conocer la experiencia de implantación y desarrollo de los indicadores de cuidados en el CPC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo longitudinal, realizado en los 258 centros de salud, sobre las estrategias de implantación y evaluación de los indicadores claves definidos para la monitorización del proceso del cuidado en el CPC, durante el periodo 2009-2010.

RESULTADOS:

Indicadores definidos: Se incluyeron 7 indicadores de cuidados en el CPC - Indicadores de Proceso (6): + Personas con planes de cuidados (PC) en población atendida, desagregado por grupos de edad (0-14 años y > 65 años) + Personas con PC en procesos específicos: mayor frágil, inmovilizados, pacientes terminales y cardiovasculares. - Indicadores de Resultado (1): + Pacientes con Resultado en PC (Pacientes a los que se les ha dado el alta del PC en el periodo evaluado) Evaluación de Indicadores: - Los datos obtenidos en los indicadores de PC en las evaluaciones del CPC correspondientes a los años 2009 y 2010 son muy similares, no apreciándose diferencias, ni clínica ni estadísticamente significativas. - En la evaluación del año 2010, al 3.16 % de la población atendida por enfermería se le realizó un PC. El rango entre los CS varían entre el 0.09 y el 24.14 %. En el grupo de población de 0 a 14 años este porcentaje se sitúa en el 2.06 %, con un rango entre centros entre 0 y 36.85 %, y un 7,62 % en el grupo de mayores de

65 años (rango:0.08 – 56.5 %). - Entre los indicadores de planes en procesos específicos, el que mayor cobertura alcanza es el de PC en pacientes inmovilizados con una cobertura del 37,3 % (rango:0 - 74.68%). El porcentaje de pacientes terminales con un PC realizado se sitúa en el 31,6 % (rango:0 - 100 %). En el caso de los pacientes mayores frágiles la cobertura es del 27.8 (rango:0 - 89%) y del 10.9 % en los pacientes con patología cardiovascular (rango:0.16 - 53.17 %) - Al 30.9 % de los pacientes que tenía un PC abierto se le dio de alta del proceso durante el año 2010.

DISCUSIÓN:

Incluir en el CPC indicadores específicos de PC nos informa de una parte fundamental de los servicios que prestan los profesionales de enfermería en AP. Pese a que las enfermeras de AP están adquiriendo en los últimos años una mayor responsabilidad en la provisión de servicios, la utilización del proceso de enfermería todavía no se ha integrado como metodología de trabajo habitual, existiendo una gran variabilidad entre los distintos CS. Se hace necesario articular un proyecto de mejora de calidad en la prestación de cuidados, analizando las causas de la heterogeneidad en la utilización del proceso enfermero e implementando las medidas necesarias para potenciar y sistematizar su utilización.

P296.– IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LA POBLACIÓN SANA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

MORENO-LOPEZ AB, MONTEAGUDO-PIQUERAS O, HERNANDO-ARIZALETA L, CARPE-CARPE B, PALOMAR-RODRÍGUEZ JA.

CONSEJERÍA DE SANIDAD. MURCIA.

OBJETIVOS:

El estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) puede ser utilizado como predictor del uso de servicios sanitarios y, concretamente, de los ingresos hospitalarios. El objeto de este trabajo es describir la CVRS de la población sana de la Región de Murcia, en función de haber sido o no hospitalizado, según sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La fuente de información fue la Encuesta de Salud de la Región de Murcia 2007, que se administró vía telefónica. Los valores de CVRS se obtuvieron del cuestionario genérico SF-12v2, que proporciona 8 dimensiones de salud y 2 medidas resumen (Componente Sumatorio Físico "CSF" y Componente Sumatorio Mental "CSM"). La población sana corresponde con aquella que no declaró ninguna enfermedad crónica (EC). Los episodios de hospitalización fueron identificados a partir de la pregunta "Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?", con 2 opciones de respuesta (Sí/No). Los valores centrales de las dimensiones de CVRS se analizaron en función del sexo y de haber sido hospitalizado. El análisis (ANOVA de un factor) se hizo con el paquete estadístico SPSSvs15.

RESULTADOS:

De las 3.381 personas que participaron en la encuesta, el 34,1% era población sana. De ésta, el 6,3% había sido hospitalizada en alguna ocasión durante el año previo a la encuesta (edad media de 33,2 años y DE=9,9 en las mujeres, y de 35,1 y DE=12,0 en los hombres). Respecto a los que declararon no haber sido ingresados, las mujeres presentaron una edad media de 34,9 años (DE=14,9) y 36,9 (DE=15,1) en hombres. Se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones

medias del CSF de la población con alguna hospitalización respecto a la que no había sido hospitalizada (mujeres: 49,2 / 53,3 p=0,000; hombres: 48,7 / 53,4 p=0,000) en ambos sexos, y entre las puntuaciones del CSM en hombres (mujeres: 56,8 / 55,3 p=0,271; hombres: 53,9 / 57,0 p=0,013).

DISCUSIÓN:

En ausencia de EC, la población que ha sido hospitalizada en el año previo declara peor CSF que la no hospitalizada en ambos sexos. Por el contrario, el CSM sólo experimenta modificación en función de los ingresos hospitalarios en los hombres. En vista de estos resultados, consideramos oportuno indagar las causas que motivaron las hospitalizaciones para explicar la afectación diferenciada de los componentes de la CVRS.

P297.– CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS CON RESPECTO A GUIAS SEMES DE ACTUACION EN ACV EN HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE.

GARCIA-MARTINEZ MJ, SANCHEZ-CANOVS A, GOMEZ-ROS MT, VALERO-MARTINEZ G, FERNANDEZ-FERNANDEZ M, MARTINEZ-MARTINEZ R.

SERVICIO URGENCIAS DEL HCN. CARAVACA.

OBJETIVOS:

El presente trabajo tiene como finalidad conocer el cumplimiento de las guías de actuación SEMES en el ACV (tiempos 1, 2, 3, 4) por parte del equipo de Enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste, SMS.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizo un estudio retrospectivo en los 211 casos del año 2009 diagnosticados al alta con diagnostico ACV, ACVa, ICTUS, AIT y Hemorragia Cerebral en nuestro Hospital. Se obtuvo una muestra aleatoria representativa de dichos casos y se revisaron las historias clínicas de ellos considerando los ITEMS de las guías de actuación SEMES relacionados con enfermería: - Tiempo 1: Admisión y Clasificación, 13 ítems. - Tiempo 2: Asistencia, 16 ítems. - Tiempo 3: Evolución, Espera y Observación, 15 ítems. - Tiempo 4: Resolución, Orientación y Transferencia, 4 ítems. Dichos ítems fueron puntados como cumplidos y no cumplidos.

RESULTADOS:

Se estudiaron 48 ítems de los cuales, 6 de ellos se cumplen en el 100% de las historias revisadas, 24 ítems se cumplen por encima del 90% de los casos y 6 de los 48 ítems están en cumplimiento por debajo del 30%. Después del vaciado y análisis de los datos se observa, entre otros aspectos, que los ítems relacionados con la Escala Glasgow son los de menor porcentaje de cumplimiento, siendo dicha escala una constante esencial en los casos de ACV.

DISCUSIÓN:

Con la realización de este estudio hemos llegado a la conclusión que la guía de actuación SEMES en relación al ACV no se esta cumpliendo en su totalidad en nuestro hospital, ya que queda al descubierto, en la mayoría de las historias revisadas, la valoración de la Escala Glasgow por parte del equipo de enfermería en el servicio de Urgencias, considerando esta escala de vital importancia en este tipo de pacientes.

P298.– PRIMEROS RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DECLARACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD.

ALCARAZ-MARTINEZ J, LEAL-LLOPIS J, CARRILLO-ALCARAZ A, PEREZ-GARCIA MC, ALONSO-FRIAS A.

HOSPITAL MORELES MESEGUER. AREA VI. MURCIA.

OBJETIVOS:

Describir los cambios en la declaración de incidentes y eventos adversos ocurridos en nuestro centro desde la implantación de un sistema de declaración, en principio vía email y posteriormente vía web (SINASP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el año 2007 se creó la Unidad Funcional para la Seguridad del Paciente en nuestro Hospital. Desde el 2009 se vienen analizando incidentes de seguridad en una subcomisión formada por 4-5 personas a la que se añaden, según el tema a tratar, otros especialistas en la materia. En principio la notificación no estaba estructurada. En 2010 se dispuso de un formulario de declaración en la intranet, enlazado con una dirección de correo electrónico exclusiva para ello. Desde el 28 de marzo de este año este enlace se cambió de destino, llevando ahora a la página de declaración del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). Paralelamente se esta realizando una campaña de difusión y sensibilización por los Servicios.

RESULTADOS:

Durante los años 2009 y 2010 se recibieron 8 y 12 notificaciones, respectivamente. Hasta Mayo de este año, van 89, de ellos 41 antes del cambio al SINASP y 48 posteriormente. Sobre las causas de los incidentes notificados, en los vía e-mail, los más frecuentes fueron los relacionados con equipamiento (18) segurito de medicación (14) alarmas (5) dieta (1) identificación (1) y otros (2) En los posteriores al 28 de marzo, los más frecuentes fueron los relacionados con la medicación (13) equipos (12) pruebas diagnósticas (5) identificación (5) y otros (5). En los recibidos via web, el 91% proceden de dos servicios, el 66,6% han sido notificados por médicos, el 31% por

enfermeros y 1 por un fisioterapeuta. El 60% llegaron al paciente, causando daños en un 22% de casos.

DISCUSIÓN:

El número de declaraciones ha aumentado significativamente este año, pero incluso antes de disponer del nuevo sistema. Posiblemente, el que las notificaciones estén concentradas en dos servicios se deba en parte a que aún no está totalmente implantado en todos los servicios.

P299.– PLAN DE MEJORA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE UNA LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL DEL SERMAS.

SANTOS-ALVAREZ P, MARTIN-MALDONADO JL, AZCUTIA-GOMEZ CH, CECILIA-NAVAZO J, GARZON-GONZALEZ G, SOLANO-VILLARRUBIA C.

DIRECCION ASISTENCIAL SURESTE. MADRID.

OBJETIVOS:

•Disminuir a corto-medio plazo la demora prospectiva de las unidades de fisioterapia •Adecuar las derivaciones a las unidades •Mejorar la calidad en la atención al usuario

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras el analisis de la demoras prospectivas reflejadas en el cierre del contrato programa 2010 se evidencia que un 77% de nuestras unidades, tienen una demora mayor de un mes para la primera visita de valoración por el fisioterapeuta Ante esta situación se decide intervenir de dos formas: >adecuación de las agendas de los fisioterapeutas >adecuación de las derivaciones a sus unidades: fase 1:monitorización de las mismas, fase 2:sesiones formativas/informativas en los centros fase 3:cribaje de las derivaciones en función de los resultados de la fase 1

RESULTADOS:

Para llevar a cabo esta línea de trabajo y tras este análisis, se ha hecho necesario planificar reuniones directivas con el fin de que los 39 centros y las 17 unidades siguieran unas mismas líneas de trabajo, todo ello coordinado desde la dirección asistencial. Puesto que este proyecto se ha puesto en marcha en una fecha posterior a la firma del contrato programa 2011(marzo - abril), en la actualidad no tenemos resultados de ninguna de las fases. Para la fecha del congreso estaremos en disposición de compatir los resultados obtenidos en la fase de monitorización (puediendo hacer una aproximación del peso que tienen las derivaciones inadecuada sobre la demora prospectiva), participación en sesiones y satisfacción de los profesionales ante las medidas puestas en marcha.

DISCUSIÓN:

Entendemos que, previo a la movilización de recursos e incluso de usuarios, lo adecuado es conocer la situación de partida, idententificando las causas de las demoras prospectivas tan elevadas. Este proyecto supone la participación coordinada de todos los profesionales que de alguna forma están implicados en el manejo de este tipo de patología. Los resultados obtenidos nos ayudarán a la hora de decidir qué priorizar, si aumento de recursos humanos y materiales, si potenciación la coordinación asistencial con otros niveles, o si formentar la implicación de otros estamentos dentro de los propios centros de salud, como las enfermeras. Posiblemente en mayor o menor medida, será necesario desarrollar todas y cada una de ellas.

P300.– TRAZABILIDAD EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA MEJORA CONTINUA TRAS LA ISO9001.

RODRIGUEZ-COGOLLO R, GOMEZ-GARCIA MJ, VALDERRAMA-RODRIGUEZ M, OBON-AZUARA MB, DE FRANCISCO-YELA MD.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

La Central de Esterilización del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza está certificada desde el año 2007 con la norma UNE ISO 9001:2008. Desde la Dirección de este Hospital, siempre se ha buscado la mejora continua de los procesos y, la calidad dentro de la misma, es por este motivo que se sigue trabajando en la trazabilidad dentro del proceso de esterilización, mejorando el sistema de registro por el cual se pueden identificar paso a paso todos los aspectos del tratamiento que reciben los productos sanitarios hasta obtener el resultado de esterilidad. El objeto de la trazabilidad es lograr un control integral del producto a lo largo de todas las fases del proceso de esterilización. Describir el proceso de trazabilidad, desde la entrada del material en la Central de Esterilización hasta su salida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El material que llega para ser esterilizado en la Central, conforme va pasando por los distintos puntos de la misma, se registra en los formatos establecidos (soporte papel), de manera que se controlan todas las etapas por las cuales los instrumentos pasan por los distintos procesos de la Central, y que son de gran importancia para el buen funcionamiento de la misma, siendo siempre un proceso con un flujo unidireccional. 1.Recepción 2.Lavado 3.Montaje 4.Esterilización 5.Almacenaje y distribución Se logra de esta forma, un control integral del producto a lo largo de todas las fases del proceso de esterilización. Actualmente, se sigue buscando una mejora del proceso de trazabilidad, para ello se está trabajando en la futura implantación de un sistema informático.

RESULTADOS:

La trazabilidad nos permite realizar: el seguimiento detallado de los elementos estériles, la integración completa de los procesos de limpieza, el recordatorio a los trabajadores de requisitos y/o pasos importantes para continuar el proceso, aporta seguridad a los pacientes y demuestra que el sistema de calidad funciona.

DISCUSIÓN:

La finalidad de la trazabilidad es poder hacer una reconstrucción de las condiciones en las que se realiza el proceso de esterilización en un momento concreto, pudiendo así detectar las causas de los fallos del sistema, por tanto, todo esfuerzo que mejore este procedimiento redundará en una mejora de la calidad del producto y por consiguiente una mayor satisfacción de nuestros clientes.

P301.– IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL AMPLIADA EN LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS.

VALLS-JIMENEZ V, LLORET-LLINARES J, MARTINEZ-BERNABEU MJ, LOZANO-DURA MS, BELDA-PONT M.

HOSPITAL GENERAL DE ELDA. ELDA.

OBJETIVOS:

La estrategia multimodal incorpora 5 componentes (infraestructura, formación, evaluación, recordatorios y clima de seguridad) pero precisa de medidas adicionales para asegurar la máxima adherencia a las prácticas de higiene de manos (HM). Nuestro objetivo ha sido evaluar el impacto de medidas dirigidas a asegurar la disponibilidad de soluciones hidro-alcohólicas (SHA) y el fomento de las buenas prácticas mediante el estímulo de la competitividad (resultados públicos de la adherencia) y el incentivo económico (inclusión de indicadores de adherencia en los acuerdos de gestión y productividad) sobre una estrategia multimodal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestro centro el programa de HM se inició en 2006. Un grupo de trabajo elaboró el plan de acción y el mapa de puntos de HM, preseleccionó los productos de HM y sistemas de dispensación y evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas. Todas las habitaciones y áreas asistenciales se dotaron de dispensadores automáticos, manuales e individuales y de pósters informativos. Se realizaron encuestas de satisfacción y formación continua (3 sesiones/año por unidad). La disponibilidad de SHA se evaluó al menos 2 veces/año y la adherencia a las prácticas de HM 1 vez/año. En abril 2010, se sustituyeron los dispensadores automáticos por manuales transparentes, se inició la difusión pública comparativa de resultados trimestrales y se vincularon estos resultados a los incentivos de productividad. La evaluación de la adherencia a HM se realizó mediante observación directa de al menos 10 oportunidades por categoría y unidad de los momentos “antes de tocar al paciente”, “después de tocar al paciente” y “tras el contacto con el entorno del paciente”.

RESULTADOS:

Pre-intervención (mar-10) la adherencia a la HM se observó en 530 (43%) ocasiones de las 1232 observaciones realizadas. Post-intervención (dic-10) la adherencia a la HM se incrementó un 40% (IC95%: 34,8-44,3; p <0.0000) con adherencia en 898 (66%) ocasiones de las 1369 observaciones realizadas. La adherencia a la HM mejoró significativamente para los 3 momentos de HM evaluados desde el 32% al 62% "antes de tocar al paciente", del 49% al 81% "después de tocar al paciente" y desde el 49% al 80% "tras tocar el entorno del paciente. La adherencia también se incrementó significativamente entre facultativos (46,9%), enfermeras (43,7%) y auxiliares (43,0%). Tanto pre-intervención como post-intervención la adherencia fue mayor en enfermeras y auxiliares (43% y 75% y 41% y 72% respectivamente) y mucho menor entre los facultativos (35% y 50%). La disponibilidad de SHA pasó de 42% pre-intervención a 100% post-intervención. El consumo de SHA en envases de bolsillo no varió.

DISCUSIÓN:

Disponer de una estrategia formalmente bien estructurada puede no ser suficiente para mejorar las prácticas de higiene de manos. Facilitar el control de la disponibilidad de las SHA, incentivar la competitividad y premiar los resultados han contribuido notablemente a la mejora de la adherencia a la higiene de manos en nuestra experiencia.

P302.– ¿QUÉ PASA SI NO APLICAMOS UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CUANDO TRANSFUNDIMOS?.

MAIQUEZ-MOJICA V, GONGORA-HERVAS JM, MARTINEZ-MARTINEZ-CORBALAN N, BACALLAO-HERNANDEZ S, RODENAS-MARTINEZ E.

HOSPITAL DE MOLINA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar la calidad del procedimiento de transfusión de hemoderivados mediante la elaboración de una guía de actuación protocolizada. Disminuir la aparición de posibles efectos adversos controlables y garantizar un aumento en la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el año 2006, tras la realización de un pequeño estudio se pusieron en marcha una serie de acciones de mejora para llevar a cabo el procedimiento de transfusión sanguínea. A principios del año 2010, decidimos analizar los resultados de la puesta en marcha años atrás del plan de mejora. Los resultados mostraban que en los años 2007, 2008 y 2009 no constaba al Servicio de Laboratorio que se hubiera producido reacción transfusiónal alguna en el centro hospitalario. Se decide comprobar la veracidad de estos resultados. Se pide al Servicio de Laboratorio un listado de aquellos pacientes transfundidos durante esos tres años. Se analiza paciente por paciente todas las observaciones anotadas por el personal de enfermería, los responsables de registrar posibles efectos adversos. En esos años, en nuestro centro hospitalario se transfundieron a 502 pacientes. Se piden al servicio de Archivo y Documentación un total de 502 historias clínicas. Según las anotaciones de enfermería, sufrieron un efecto adverso o reacción transfusional un total de 23 pacientes, lo que supone un 4.58% de los sujetos transfundidos. Valoramos la actuación por parte del personal de enfermería, de los 23 casos de reacciones transfusionales apenas algo mas de la mitad (56.5%) decidió suspender de forma inmediata la transfusión. Por otra parte, se revisaron 455 historias clínicas en formato papel y se detecto que en un 13% de las historias faltaba el consentimiento de transfusión de hemoderivados. Se crea un equipo de mejora formado por personal medico y personal de enfermería para

trabajar en la elaboración de una guía protocolizada que permita unificar criterios y garantice la correcta actuación del personal.

RESULTADOS:

Se elabora una guía de actuación protocolizada que recoge 10 criterios de actuación: Identidad del paciente, identificación del producto sanguíneo, historia transfusional del paciente, selección del catéter, comportamiento del paciente durante la técnica, administración primeramente de suero fisiológico, transfundir lentamente, a velocidad correcta y constante, no añadir aditivos, y por ultimo REGISTRAR. Para la difusión del protocolo de actuación, se ponen en marcha jornadas formativas de divulgación de la guía didáctica. Se crea la Comisión de Transfusión, formada por miembros del equipo de mejora, cuya finalidad será controlar y garantizar el cumplimiento de dicho protocolo, e igualmente analizar posibles errores o deficiencias derivadas de este. También será función de esta comisión el estudio de las posibles reacciones adversas que se den en el tiempo.

P303.– FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UN HOSPITAL GENERAL.

MARTI-SAURI I., XIMENIS-ROVIRA M., FERRER-RUSCALLEDA F.

HOSPITAL SAN JUAN DESPI-MOISES BROGGI. SAN JUAN DESPI.

OBJETIVOS:

: Implementación y valoración del SiNASP como herramienta estratégica para la notificación de incidentes y/o efectos adversos en un hospital de nueva creación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para conseguir la implementación del SiNASP como herramienta para la notificación de incidentes en el marco estratégico de la seguridad del paciente, se realizaron las siguientes acciones: 1.- Se creo un equipo multidisciplinar compuesto de profesionales motivados y formados en Seguridad del Paciente, con el compromiso de asegurar en todo momento la confidencialidad en los datos personales del notificante. 2.- El equipo elaboro un Plan de formación que incluyó la utilización y funcionamiento del SiNASP como herramienta facilitadora para el profesional que notifica; y un Plan de difusión. El Plan de formación se dirigió a todo el personal, sin excluir ningún colectivo. La Dirección del centro se implico en todo el proceso incluyéndola asistencia a las sesiones formativas en las DPO de los profesionales. 3.- La difusión se realizo a través de 4 canales: -Sesiones presenciales de formación con control de asistencia. -Pósters de información de acceso al SiNASP, instalados en enclaves específicos del centro. -Link en la pagina principal del Portal digital del centro y en Favoritos de la intranet corporativa -Como parte integrante del "Manual de Acogida" para la integración del personal de nueva incorporación. 4.-Se evaluaron por parte del equipo, todos los incidentes y/o efectos adversos notificados, y se propusieron acciones de mejora que se reportaron a la comisión de Seguridad del Paciente y al comité de Dirección de forma mensual para su aprobación e implementación. 5.- Una vez aprobadas, las acciones de mejora se pusieron en conocimiento de los coordinadores de los Procesos Clave.

RESULTADOS:

Se formaron 440 personas distribuidas en 14 sesiones de 1 hora de duración. Desde Mayo 2010 hasta Mayo 2011 se notificaron 163 incidentes y/o efectos adversos: El 81% de los incidentes llegaron al paciente y un 19% no llegaron. El 51% produjeron algún tipo de daño en el paciente y en un 49% no revistieron consecuencias. De los cuales 4.9% fueron SAC1, 26.99% SAC2, 30.6% SAC3 y 19.02% SAC 4. Factores contribuyentes: 117 organización, 113 profesionales, 82 estructurales, 25 del propio paciente y 11 externos. Acciones de mejora propuestas y aceptadas por la Dirección: 196

DISCUSIÓN:

1.- Aceptación y valoración positiva del SiNASP como herramienta para la notificación de incidentes. 2.- Conveniencia de vincular SiNASP a plan de formación continuada en Seguridad del Paciente. 3.- Recomendación de ampliar fuentes de información para complemento del SiNASP. 4.- El anonimato de algunas notificaciones dificulta el análisis del incidente. 5.- Mejora del SiNASP para facilitar explotación de datos del centro.

P304.– LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL DISEÑO FUNCIONAL DE UN NUEVO HOSPITAL GENERAL DE 328 CAMAS.

FERRER-RUSCALLEDA F, XIMENIS-ROVIRA M, MARTI-SAURI I.

HOSPITAL SAN JUAN DESPI-MOISES BROGGI. SAN JUAN DESPI.

OBJETIVOS:

Destacar la innovación de incorporar en el diseño funcional de un nuevo hospital, desde su inicio, un servicio de gestión del riesgo clínico y seguridad del paciente, como valor de calidad medido en el primer año de funcionamiento

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ponderación del equipo multidisciplinar del servicio (dos médicos: internista y cirujano, y una enfermera). Análisis de: funciones, ámbitos de actuación, método de trabajo, gestión de las incidencias registradas, comunicación de la actividad y grado de satisfacción alcanzado.

RESULTADOS:

Eficiencia reconocida del diseño del servicio (2 profesionales full time y uno part time). La ampliación progresiva de los ámbitos de actuación (Notificación de efectos adversos: 163 mediante SiNASP; conexión con las comisiones clínicas relacionadas: comisión de seguridad del paciente, comisión de mortalidad y comisión de bioética; soporte a la gestión de reclamaciones de usuarios por asistencia insatisfactoria) se ha demostrado acertada. El método de trabajo seguido para la gestión de las incidencias, homologado internacionalmente (London Protocol) ha sido útil y eficiente. Las reuniones de las comisiones clínicas lideradas por el Servicio han generado: 39 acuerdos contenidos en 16 actas aprobadas, se han generado 13 documentos de posición y protocolos de actuación y se han alcanzado los objetivos marcados por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (criterios de acreditación de centros concertados). Valoración positiva de la Dirección: porcentaje de cumplimiento de objetivos muy elevado: 98.6%. Alto grado de satisfacción del personal del hospital, medido por encuesta anónima.

DISCUSIÓN:

La existencia del Servicio en el propio centro (dependiente de gerencia en el organigrama) es un elemento facilitador de difusión de la cultura de la seguridad del paciente a los diferentes colectivos. Refuerzo del apoyo institucional cuando el servicio está presente en los órganos de gestión del centro: asistencia a las reuniones ejecutivas del comité de Dirección. El diseño multidisciplinar del servicio y la ampliación de los ámbitos de actuación facilita el conocimiento de un mayor número de incidencias. Algunos sistemas estandarizados de notificación de incidentes (SiNASP) pueden mejorarse para reunir en un único sistema el registro y análisis de otros incidentes conocidos a través de otras vías: partes cambio de turno y guardias, averías de mantenimiento, estructurales, de equipos y dispositivos, logística y compras, y salud laboral. Las diferentes fuentes de información que convergen en el Servicio aportan sinergias para diseñar y priorizar áreas de mejora (personas, procesos y estructura).

P305.– DESPLIEGUE ORGANIZATIVO DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA SEGURIDAD DE PACIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL INTEGRADA.

VALENCIANO-GONZALEZ A, MARTINEZ-MAGUNACELAYA J, LOPEZ-ORTIZ M, VILLALABEITIA-JIMENEZ I.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

OBJETIVOS:

El 22/03/2010 nace la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), que supone la integración de servicios y dispositivos que hasta entonces configuraban los 3 hospitales psiquiátricos y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia. La estrategia de la RSMB se desarrolla a través de diez líneas de acción, que persiguen el despliegue del modelo organizativo a todos los niveles asistenciales y de apoyo. Una de sus acciones estratégicas es establecer un sistema de gestión de la Seguridad del Paciente que se despliegue a lo largo de todos los dispositivos. El objetivo de este trabajo es el diseño y despliegue del modelo organizativo para la gestión integral de la Seguridad Clínica en la RSMB.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se desarrolla un modelo organizativo matricial, que combina dos formas de trabajo: un modelo funcional desarrollado por equipos multidisciplinares de seguridad locales; y un modelo de disposición transversal que combina a personal de diferentes dispositivos para formar un equipo de proyecto, a los que llamamos Grupos de Expertos. La Comisión de Seguridad Clínica (CSC) es el órgano que define la estrategia, recoge y valora las propuestas que trasciendan del ámbito local y facilita los recursos necesarios para desarrollar el Plan de Seguridad. También previene, vigila y lleva el control de los riesgos y dispone de lo necesario para fomentar una cultura de seguridad en la RSMB. Para analizar las propuestas de cada Equipo de Seguridad, aprobar las que sean de su ámbito de decisión y establecer los planes de acción locales, se crea la figura de los referentes asistenciales, formada por un Jefe de Gestión Clínica y una Adjunta de Enfermería. La propuesta metodológica de trabajo, la coordinación, y la transmisión sistemática de la

información a través de la estructura organizativa, se asigna a las Técnicos de Organización, también miembros de la CSC.

RESULTADOS:

4 equipos de seguridad (38 personas); 3 grupos de expertos (29p); 7 referentes asistenciales de seguridad; 7 miembros de la CSC; 51 sesiones formativas, 90 horas de formación, 80% del personal asistencial formado y/o sensibilizado.

DISCUSIÓN:

A pesar de ser complejas, las estructuras matriciales tienen ventajas: son eficientes para reunir habilidades especializadas y trabajar temas concretos, facilitan la trasmisión de información y difusión del conocimiento a lo largo de toda la organización, contribuyen a un uso más eficiente de los recursos e incentivan la responsabilidad de las personas que participan en los grupos de trabajo. Una desventaja es que no todo el mundo se adapta bien al sistema matricial.

P306.– EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS (EC) EN UN HOSPITAL GENERAL (HG).

SÁNCHEZ-CATALICIO MM, MOLINA-GUILLÉN P, BOSÓ-RIBELLES A, PÉREZ-MARTÍNEZ V, NÁJERA-PÉREZ MD, LÓPEZ-OLIVA JA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

La hoja de prescripción de EC tiene que contener la información necesaria que permita al farmacéutico identificar que el medicamento prescrito es un EC y poder realizar la preparación y dispensación adecuada del mismo. En nuestro hospital, los EC se prescriben en hojas de prescripción estándar y, a veces, es difícil identificar si se trata ó no de un medicamento en investigación. El objetivo fue la implantación de un ciclo de mejora de la prescripción de EC en un HG.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se efectúa un análisis del problema con un diagrama Causa-Efecto y se elaboran 15 criterios para medir la calidad en la prescripción de EC: Código del protocolo (C1), Código del hospital (C2), Nombre y Apellidos del paciente (C3), Número de historia Clínica (C4), fecha nacimiento (C5), peso (C6), talla (C7), superficie corporal (C8), Servicio/Unidad Clínica (C9), diagnóstico (C10), dosis (C11), fechas de tratamiento (C12), duración tratamiento (C13), identificación del médico prescriptor (C14), firma del médico (C15). Se realiza un estudio retrospectivo de una muestra de 60 hojas de prescripción de EC elegidas al azar de entre todas las recibidas en un periodo de 6 meses y se evaluan los criterios: junio-diciembre 2009 (1ª evaluación) y junio-diciembre 2010 (2ª evaluación).Tras la 1ª evaluación, se llevaron a cabo las siguientes acciones de mejora: reunión con los data managers de oncohematología, monitores de EC e investigadores principales donde acordó diseñar una hoja preimpresa personalizada para cada EC con un diseño especial para diferenciarla del resto de las prescripciones del hospital. Tanto en la 1ª como en la 2ª evaluación se obtuvieron datos de cumplimiento, incumplimiento y se realizaron los paretos correspondientes.

RESULTADOS:

En la 1ª evaluación el incumplimiento de los criterios fue: C2= 57(15,83%), C8= 51(14,17%), C7= 43(11,94%), C6= 39(10,83%), C10= 36(10,00%), C11= 30 (8,33%), C14= 28(7,78%), C13= 25(6,94%), C12 =24(6,67%), C9= 10(2,78%), C1= 8(2,22%), C5= 5(1,39%), C15 = 4(1,11%). Con una frecuencia absoluta de 360. El resto de los criterios se cumplieron al 100%. En la 2ª evaluación se disminuyeron los incumplimientos a 177: C8= 36 (20,34%), C10= 36(20,34%), C7= 33(18,64%), C6= 31(17,51%), C2=22 (12,43%), C13= 13(7,34%), C9= 6(3,39%). El resto de los criterios se cumplieron al 100%.

DISCUSIÓN:

La identificación de la oportunidad de mejora y la colaboración del personal implicado en el diseño de una hoja especial de prescripción de EC, ha sido una herramienta útil para producir una mejora de la calidad de prescripción de EC. Sin olvidarnos de la importancia de la monitorización para mantener el ciclo de mejora y seguir mejorando aspectos como la cumplimentación de los datos antropométricos (talla, peso y superficie corporal), duración del tratamiento, servicio/unidad clínica, diagnóstico y código del hospital.

P307.– HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN RESPUESTA A NECESIDADES DEL REGISTRO ADECUADO DE ASISTENCIA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL.

CASTÁN-VIVES F, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, SERRA-PASCUAL J.

RESIDENCIA D'AVIS D'ASCÓ. ASCÓ.

OBJETIVOS:

Diseñar una HC informatizada que dé respuesta a la gestión administrativa y de residentes, recoger toda la práctica asistencial y continuidad de cuidados. Factibilizar la monitorización automática de indicadores tanto cuantitativos como cualitativos y facilitar la implementación de los estándares de la acreditación JCI.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión bibliográfica Diseño historia clínica informatizada. Formación por categoría profesional. Creación grupo multidisciplinar para validación. Se hizo un doble registro (papel y ordenador) para evitar la pérdida de información durante periodo de implantación. Implantación

RESULTADOS:

La HC diseñada implantada desde el 2008 con una cumplimentación del 95% de los profesionales y en la que consta los siguientes apartados: Administrativo: formalización de ingreso, seguimiento de residentes, ingreso y alta, asignación y traslado de habitación, contactos y visitas, entradas y salidas, gestión económica. Asistencial: todos los registros, indicadores, listados y formularios que hacen referencia a los cuidados médicos de enfermería : Historia médica con informes, partes de derivación, control de analíticas y pruebas especiales y prescripción de medicación. Historial de enfermería con listados de alta, control de curas, administración de medicación, plan de curas, ulceras de decúbito, cambio de pañal, duchas, dietas, cambios posturales, dolor, duelo, PIAI, visitas médicas.... El fisioterapeuta, la trabajadora social, animador sociocultural, psicólogo y terapeuta ocupacional, tienen valoración inicial con seguimiento y planes de actividad además de todas las escalas y test de valoraciones. También se ha implantado el curso clínico por categoría profesional Facilita la

monitorización de indicadores automática a nivel grupal e individual tanto asistenciales como de gestión con la periodicidad deseada. En la actualidad se están monitorizando los indicadores y procesos de calidad para la mejora continua, para cumplir requisitos del departamento de bienestar social y familia de Cataluña y la reacreditación de de la Joint Comissions internacional.

DISCUSIÓN:

Es una HC que respetando los perfiles de acceso y también la LOPD, nos permite realizar un seguimiento exhaustivo de la evaluación de los pacientes por las diferentes disciplinas y los cuidados realizados. Podemos por ello, dar una mejor respuesta a los estándares de acreditación JCI que requiere de un exhaustivo cumplimiento de protocolos, trazabilidad, evitar variabilidad asistencial y monitorización de dicha calidad asistencial.

P308.– GARANTÍA DE SEGURIDAD CON UN SERVICIO DE NUEVO DISEÑO EN EL ÁREA DE PARTOS.

CEREZO-MUNUERA A, MARTÍNEZ-ROMÁN C, MARTÍNEZ-ROMERO C, LÓPEZ-IBÁÑEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

En Marzo de 2010 se inicia en las Salas de Partos de nuestro Hospital, el nuevo sistema de identificación inequívoca de recién nacidos con toma de muestra sanguínea de cordón y de la madre como mejor alternativa en el momento actual a la toma de las huellas plantar y/o dactilar, en base al Programa de Seguridad del Paciente, Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Tras los resultados del Servicio Murciano de Salud (SMS) en 2009 del Indicador Obstétrico: Satisfacción de la Puérpera con el Sistema de Identificación del recién nacido de un 85,6%, siendo el Objetivo del 95%, nos planteamos la Planificación de Monitorizaciones sistemáticas para: Medir el Indicador sobre un servicio de nuevo diseño, y asegurarnos que funciona como estaba previsto. Asegurar que estamos a un nivel deseable predeterminado con el cual nos comparamos. Identificar si estamos o no ante un problema de Calidad sujeto a una intervención para mejorar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En Marzo de 2011 se realiza la 1ª monitorización. Para la obtención de casos se utiliza muestreo aleatorio simple y para la obtención de datos se realiza una encuesta autoadministrada con una pregunta de respuesta dicotómica (si/no), equivalente al Indicador de las encuestas realizadas por el Servicio Murciano de Salud, de Calidad percibida y satisfacción de Indicadores de Calidad en servicios Obstétricos: ¿Cree usted que las medidas de seguridad para la identificación de los recién nacidos son suficientes? La recogida de datos se llevó a cabo por los Residentes de Matrona de primer curso, bajo la coordinación de la Supervisora de Partos, implicando de esta forma a los futuros profesionales en la gestión de la Calidad. El plan de monitorización consistió en el Muestreo para la Aceptación de Lotes (LQAS) y como Índices de Calidad: el Nivel de

Calidad Aceptable (AQL) y el Nivel de Calidad Limitante (LQL). El Marco Muestral: madres ingresadas en las Unidades de Puérperas.

RESULTADOS:

Nos marcamos un AQL del 95% y un LQL del 85%, con un Riesgo α =5% y un Riesgoβ =10%, por lo que según las Tablas LQAS, necesitamos una muestra de n=67 y un nº decisional de d=60. Los resultados fueron: 65 (97%) Cumplimientos y 2 (3%) Incumplimientos, comprobando por tanto que los valores obtenidos están dentro de los esperados, el Estándar AQL se cumple y en consecuencia podemos decir que NO estamos ante un problema de Calidad. El resultado del SMS en 2010 del Indicador de calidad percibida y satisfacción, pasa a ser un punto fuerte, obteniendo tras el cambio un 90,7%.

DISCUSIÓN:

Nuestro estudio nos ha permitido evidenciar y contrastar la mejora conseguida por la implementación de un servicio relevante de nuevo diseño que ha satisfecho las expectativas de los usuarios de nuestro centro. Por otro lado para asegurarnos que el servicio sigue funcionando en el tiempo como está previsto, debemos seguir con el Plan de monitorización para asegurarnos que se mantiene a niveles aceptables y así poder priorizar oportunidades de mejora.

P309.– CONTAMINACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN LA UCI. NECESIDAD DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA ENFERMERÍA.

SALVO-GONZALO S, CEBOLLADA-SANCHEZ R, GUDE-GONZALEZ J, ECHEZARRETA-BOLADO C, GUTIERREZ-CIA I, DURAN-SANCHEZ E.

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es disminuir la tasa de contaminación de los hemocultivos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) mediante la realización de un programa de formación dirigido al personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Elaboramos un proyecto de mejora mediante la creación de un equipo multidisciplinar que incluye personal médico y de enfermería de los servicios de Microbiología y de la UCI polivalente de un Hospital de tercer nivel. Para evaluar la necesidad de implementar el proyecto se realizaron dos cortes incidentales comprobando la tasa de contaminación de los hemocultivos.

RESULTADOS:

La tasa de contaminación en el primer corte incidental (abril-junio de 2010 fue del 14%. En el segundo periodo, abril-mayo de 2011 fue de 10.68%. Con los resultados del primer corte se decidió la constitución de un equipo de mejora multidisciplinar en el que participaron un facultativo y las dos supervisoras de enfermería de la UCI y dos facultativos y tres residentes de Microbiología. Tras la revisión bibliográfica y mediante técnicas de consenso se elaboró un check-list para la correcta extracción de los hemocultivos. En el momento actual se está pendiente de realizar una encuesta entre el personal de la UCI para determinar el grado de conocimiento y aceptación de cada uno de los pasos descritos en el check list. Posteriormente se realizará un programa de difusión incidiendo en los aspectos más problemáticos.

DISCUSIÓN:

La contaminación de los hemocultivos representa un problema para nuestra UCI. Para disminuirla es necesario un cambio de hábitos que sólo puede conseguirse mediante la colaboración entre facultativos y personal de enfermería de los servicios implicados. Se ha dado un primer paso mediante la formación del equipo de mejora.

P310.– SAIP: MEJORANDO LA ATENCIÓN AL PACIENTE.

NEBOT-MARZAL C, RIPOLL-FELIU P, NAVARRO-SOLER IM, ORTEGA-LLAVADOR B, PEREZ-JOVER V, MIRA-SOLVES JJ.

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. CONSELLERIA DE SANITAT. VALENCIA.

OBJETIVOS:

Conocer cómo ha evolucionado en los últimos años la información que se le proporciona al paciente y la atención brindada por parte de los SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente) en la Comunidad Valenciana.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo basado en encuestas de opinión de pacientes atendidos en los puntos de información (SAIP) de hospitales de la Comunidad Valenciana desde 2007 a 2010, con un total de 16.316 cuestionarios válidos. El tamaño muestral para cada año se calculó para una p=q=0,5 y un error máximo del 5%. Aproximadamente el 40% (N=5.882) de los pacientes que contestaron la encuesta fueron hombres y un 48% (N=6.003) tenía una edad superior a 50 años.

RESULTADOS:

Realizar una gestión de su caso, solicitar información sobre pruebas o tratamientos, o disconformidad de la cita con el/la médico han sido los motivos más frecuentes indicados por los pacientes para acudir al SAIP. En relación a la información que proporciona el personal SAIP, el 90,5% de los pacientes transmiten que la información recibida fue correcta (frente al 83,9% en 2007); el 90,3% indicó que se le resolvieron sus problemas o dudas (84,2% en 2007); y un 90,5% (79,9% en 2007) de los pacientes se declararon satisfechos con el resultado de las gestiones realizadas por el personal SAIP. Respecto a la atención recibida, se reduce el porcentaje de pacientes que esperan más de 30 minutos para ser atendidos por el personal SAIP (16,4% vrs 12,4%) y mejora sensiblemente la valoración de los pacientes respecto a la amabilidad del personal SAIP (en escala de 0 a 10, 9,1 vrs 8,5) y sobre la rapidez con la que los atendieron (en escala de 0 a 10 8,7 vrs 8,0). En 2010 el 87% de los

pacientes afirmaron que la atención que recibieron en el SAIP fue mejor o mucho mejor de lo que esperaban.

DISCUSIÓN:

La función del SAIP es atender, informar y asesorar a los ciudadanos que utilizan el sistema sanitario público, en aras de mejorar la calidad en la atención que reciben los pacientes. Los resultados muestran que, desde el punto de vista de los pacientes, la prestación satisface de forma continuada estándares de buena atención.

P311.– MEJORA DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL PACIENTE EN SU INGRESO EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION.

JIMÉNEZ-BEA L, MARTINEZ-CASAMAYOR C, MARTIN-VALENCIANO M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

OBJETIVOS:

- Articular un sistema de información al paciente desde el momento de su ingreso - Crear espacios de información escrita, disponible de manera permanente, para el paciente y familiares. - Mejorar el diseño de los trípticos informativos específicos de cada Unidad de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestro Hospital, un Hospital de tercer Nivel, el indicador que determina la situación de la información proporcionada en la acogida del paciente, es recogido desde hace más de una década en la encuesta de posthospitalización; en la pregunta "Le entregaron a su llegada a la planta información escrita sobre las normas a seguir durante su estancia". En 2004, realizamos mejoras en el formato, diseño y contenido de la información entregada. En 2008 nos planteamos intervenir de nuevo en ésta área. Para ello planificamos a través de un proyecto de mejora, diseñar carteles informativos con un formato unificado, para las distintas Unidades del ámbito de Hospital General (HG) y Hospital de Rehabilitación, Traumatología y Quemados (HRTQ). Su contenido recopila la información básica de la situación de los recursos y servicios del Hospital y horarios por los que se rigen. Se diseñaron y elaboraron los carteles en tamaño DIN-A3, ubicándolos dentro de las habitaciones del Hospital, en un lugar considerado estratégico por su fácil acceso y visibilidad. Los trípticos informativos se adecuaron al formato de los carteles, introduciendo las especificaciones de cada Unidad. Estos trípticos se han de entregar al paciente, en el momento de su ingreso en las Unidades de hospitalización del HG. y de HRTQ. Se han realizado sesiones informativas al personal de enfermería de las Unidades sobre la importancia de su entrega e información verbal.

RESULTADOS:

La evolución de los resultados en la pregunta a estudio de la encuesta de posthospitalización, nos sitúa en áreas de especial problemática en calidad (menor de 60%); mostrando pequeñas fluctuaciones al alza coincidentes con las acciones de mejora. Se han realizado 507 carteles informativos, de los cuales 339 han sido colocados en las respectivas habitaciones de HG. y 168 en HRTQ. Se han adaptado 22 trípticos informativos en HG y 8 en HRTQ, específicos de cada Unidad de hospitalización y especialidad médico-quirúrgica.

DISCUSIÓN:

Está resultando difícil un repunte en esta cuestión, creándose un techo de resultados alrededor del 50-60% en su entrega. Quizás la situación de estrés y cambio que produce un ingreso hospitalario puede influir de manera determinante en la respuesta. Los carteles informativos van a permitir mantener actualizada la información del paciente durante todo el periodo de su hospitalización.

P312.– BUENAS PRÁCTICAS Y SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN.

NEBOT-MARZAL C, DE MIGUEL-MONTOYA I, NAVARRO-SOLER IM, GUILABERT-MORA M, ORTEGA-LLAVADOR B, PEREZ-JOVER V.

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. CONSELLERIA DE SANITAT. VALENCIA.

OBJETIVOS:

Análisis del efecto que produce sobre la satisfacción del paciente con la información actitudes y estilos a la hora de informar por parte del personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio causal basado en encuestas de opinión de pacientes atendidos en hospitales de la Comunidad Valenciana en 2010. Se obtuvieron un total de 18.985 cuestionarios válidos (p=q=0,5 y un error máximo del 5% para cada modalidad de atención analizada y cada hospital) de pacientes quirúrgicos, con y sin ingreso, y de pacientes ingresados en plantas de medicina. Para determinar el valor predictivo de buenas prácticas en materia de información sobre la satisfacción final con la información del paciente, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria. El 49% (N=8.110) de los pacientes que componen la muestra son hombres y un 36% (N=6.319) tenía una edad inferior a 50 años. El 50% (N=9.441) son pacientes quirúrgicos ingresados en planta y el 35% (N=6.746) pacientes que ingresaron en plantas de medicina.

RESULTADOS:

Los resultados muestran que el paciente se declara más satisfecho con la información cuando se siente escuchado al hablar o percibe que se tiene en cuenta su opinión (OR= 1,98; IC95% 1,66-2,36; p<0,001) o cuando el médico o cirujano le explica con suficiente claridad en qué consiste la intervención o pruebas que le van a realizar (OR= 1,92; IC95% 1,62-2,27; p<0,001). Del mismo modo, si el paciente es informado de los posibles efectos secundarios o precauciones que debe tomar con el tratamiento o herida (OR= 1,78; IC95% 1,51-2,09; p<0,001) y se le proporciona suficiente información al alta, como precauciones o cuidados que debe tener o realizar (OR= 1,47; IC95% 1,29-1,67; p<0,001), se incrementa la satisfacción con la información.

DISCUSIÓN:

Los resultados muestran que informar por sí sólo no hace que el paciente se sienta más satisfecho con la información que recibe, sino que dicha información sea clara para el paciente o la escucha activa por parte de los profesionales es una práctica que incrementa la probabilidad de que el paciente quede satisfecho con la información cuando ingresa en el hospital.

P313.– SANITAT24: SOLICITA CITA EN ATENCIÓN PRIMARIA, LAS 24 HORAS DEL DÍA Y DESDE DÓNDE QUIERAS.

NEBOT-MARZAL C, RIPOLL-FELIU P, MIRA-SOLVES JJ, NAVARRO-SOLER IM, GUILABERT-MORA M, PERALTA-ORTEGA A.

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. CONSELLERIA DE SANITAT. VALENCIA.

OBJETIVOS:

Conocer cómo los pacientes de la Comunidad Valenciana utilizan el servicio Sanitat24 puesto en marcha por la Conselleria de Sanitat para incrementar la accesibilidad a la consulta del médico de familia o del pediatra.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio exploratorio basado en una encuesta telefónica (sistema CATI) realizada en junio y octubre de 2010, a 6276 pacientes que fueron atendidos en centros de salud de la Comunidad Valenciana. El tamaño muestral se calculó para una p=q=0,5 y un error máximo del 5%. El 48,2% (n=3.023) acudieron a consultas del médico de familia, un 66,8% (n=4.590) fueron mujeres y el 69,2%% (n=4.306) no superaba los 50 años de edad.

RESULTADOS:

Los pacientes solicitan cita con el pediatra (31% del total de consultas) para sus hijos a través de Internet en mayor medida que los pacientes que acuden a Medicina General (13% del total de consultas) (p<0,001). Sin embargo, aunque la frecuencia de pacientes que solicitan cita mediante el envío de un SMS es la forma menos frecuente de hacerlo (0,9% del total de consultas), es la más utilizada por los pacientes que acuden a Medicina General (1,3% vs 0,5%; p<0,001). En ambos casos, tanto los pacientes que consiguieron cita a través de Internet como a través de SMS, informaron que les resultó fácil conseguir la cita (95% Internet y 80% SMS). Por otro lado, el 40% de los pacientes entrevistados llamaron por teléfono para conseguir la cita y aproximadamente el 10% utilizaron el portal vocal (sistema automatizado telefónico para solicitar cita). El 70% de los pacientes que utilizaron este servicio logran cita con un solo intento de llamada (frente al 19%, en el caso de llamar y ser atendido por el personal del centro), el 90% transmite que

les resultó fácil conseguir la cita y únicamente el 15% indica haber estado al teléfono mucho tiempo hasta conseguir cita.

DISCUSIÓN:

Aunque los pacientes acuden personalmente al centro de salud o siguen utilizando las vías tradicionales como el teléfono a la hora de solicitar cita, las nuevas tecnologías son una herramienta para la mejora de la organización sanitaria en lo que respecta a la accesibilidad a centros de salud que son cada vez más utilizadas sobre todo por determinados colectivos.

P314.– VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA DEL CAMBIO A SOLUCIONES DILUIDAS DE POTASIO INTRAVENOSO EN UN HOSPITAL DE NIVEL II.

LOPEZ-VIRTANEN BC, GONZALEZ-PEREZ M, VAZQUEZ-TROCHE S, NOGAL-FERNADEZ B, SANZ-LAFUENTE T, LOPEZ-VILLAR A.

HOSPITAL EL BIERZO. PONFERRADA.

OBJETIVOS:

Valorar la efectividad y aceptación del cambio de soluciones concentradas de potasio a diluidas de potasio (SDP) en las unidades clínicas del hospital por parte del personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del hospital establece como objetivo la utilización de SDP y se inicia un pilotaje en noviembre 2009 en una unidad de medicina interna extendiéndose al resto de unidades clínicas con sistema de dosis unitaria del hospital en noviembre 2010. Se revisaron las presentaciones de potasio oral, la adquisición de SDP (10 y 15 meq K/500 mL Suero Fisiológico, Glucosado 5% y Glucosalino, 20 meq K/1000 mL Glucosalino), la selección de soluciones concentradas de potasio (40 meq K/20 mL) con la recomendación "Administrar siempre diluido en soluciones de gran volumen" y la correcta identificación de las SDP adquiridas (que permita la diferenciación de otros sueros). En la unidad clínica las SDP se almacenan separadamente de los sueros sin potasio. Para evaluar la adecuación del cambio a SDP, se realiza una encuesta a las supervisoras de enfermería en mayo 2011 con respuestas cerradas SI/NO, sobre: - adecuación de las prescripciones de potasio a las presentaciones SDP - necesidad de otras presentaciones de potasio diluido (diferente concentración potasio/ volumen) - correcto almacenaje e identificación de las SDP en las unidades clínicas -facilidad de manejo por el personal de enfermería - adecuada diferenciación de las presentaciones con o sin potasio y las distintas concentraciones de SDP - errores de medicación detectados

RESULTADOS:

Se han recibido 100% de las encuestas enviadas. Un 80% de las encuestadas cree que las prescripciones de potasio se

adecuan a las presentaciones de SDP disponibles y un 70% que se adecuan las presentaciones a las prescripciones habituales, por tanto, únicamente un 20% ve necesaria la adquisición de nuevas presentaciones. Solamente un 30% considera que el almacén de sueros disponible en su unidad permite un correcto almacenaje de las SDP. Un 60% reconoce que las SDP son fácilmente manejables por el personal de enfermería, a pesar de que un 80% cree que se diferencian mal los sueros con o sin potasio y las diferentes presentaciones de SDP entre sí. La mayoría considera que las SDP pueden prevenir errores de medicación (80%) y no han detectado ninguno (90%) desde la implantación del proyecto.

DISCUSIÓN:

En general, el personal de enfermería está de acuerdo con el cambio a SDP y considera que es bueno para evitar errores de administración. El principal problema detectado es poder realizar un almacenaje adecuado de los distintos sueros en las unidades clínicas, lo que puede deberse a que las SDP disponibles son frascos de vidrio. Una oportunidad de mejora detectada es modificar el formato de presentación de los sueros con potasio para que permita una mejor identificación de los mismos, en este sentido, ya se ha contactado con el laboratorio fabricante para mejorar el etiquetado de las SDP.

P315.– TIEMPO EN CONSULTA Y SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN.

ORTEGA-LLAVADOR B, NAVARRO-SOLER IM, GUILABERT-MORA M, PEREZ-JOVER V, PERALTA-ORTEGA A, ORTIZ-HENAREJOS L.

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. CONSELLERIA DE SANITAT. VALENCIA.

OBJETIVOS:

Analizar, desde el punto de vista del paciente de atención primaria que inicia tratamiento la relación entre el tiempo en consulta y la información que proporciona el médico/pediatra y la escucha activa por parte del profesional sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio se realizó mediante encuestas telefónicas a un total de 6.276 pacientes (p=q=0,5, error de estimación del 5%) atendidos en centros de salud de la Comunidad Valenciana, en los meses de junio y octubre de 2010. El 33,4% (n=2.080) iniciaron tratamiento en el momento en el que contestaron la encuesta, el 48,2% (n=3.023) acudieron a consultas de Medicina General, un 66,8% (n=4.590) fueron mujeres y el 69,2%% (n=4.306) no superaba los 50 años de edad. Se utilizó el estadístico Chi cuadrado para analizar diferencias.

RESULTADOS:

Aproximadamente el 91% (n= 5.654) de los pacientes atendidos en centros de salud de la Comunidad Valenciana valoraron positivamente la información recibida por parte del médico/pediatra. Ahora bien, cuando el paciente considera insuficiente el tiempo que el médico/pediatra les dedica en consulta, se incrementa el porcentaje de pacientes que transmiten quedarse con dudas en consulta (4% frente a 54%, p<0,001) y se reduce significativamente tanto el porcentaje de pacientes que informa que el médico/pediatra les explicó alternativas al tratamiento, les pidió su opinión y tuvo en cuenta sus preferencias, (68% frente a 15%, p<0,001), como el porcentaje de pacientes que tuvieron la sensación de que el médico/pediatra les escuchó cuando hablaban (98% frente a 39%, p<0,001) o el porcentaje de pacientes que consideran suficiente la información que el

médico/pediatra les proporcionó (92% frente a 20%, p<0,001).

DISCUSIÓN:

Sabemos que la duración de la consulta en atención primaria depende de características tanto de la organización, como del médico y del paciente, del tipo de problema por el que se acude a consulta y por la propia disponibilidad de recursos. Los resultados de este estudio, indican que cuando el tiempo que se le dedica a cada paciente en consulta se ve reducido, se compromete la calidad de la atención sanitaria que se presta en materia de información.

P316.– IMPLICACIÓN ACTIVA DE LOS ADMINISTRATIVOS SANITARIOS DE UN EAP EN EL PROCESO ASISTENCIAL.

GASCON-FERRET JO, MUÑOZ-ROLDAN AR, TELLO-PEREZ AL, HURTADO-COLMENERO NA, BAIGET-ORTEGA AN.

CAP CAN BOU. CASTELLDEFELS.

OBJETIVOS:

Desde el inicio de la actividad de nuestro centro uno de los objetivos ha sido implicar a toda el área administrativa en el proceso asistencial: 1. Implicar al personal de la Unidad de Atención al Usuario (UAU) en el triaje de los usuarios. 2. Organizar la UAU alrededor de las necesidades y demandas de salud de los usuarios. Poniendo el trato humano en el centro. 3. Simplificación al máximo de los trámites administrativos. 4. Desburocratizar de la consulta médica. 5. Gestión del tiempo de los profesionales asistenciales con la máxima eficacia. 6. Dotar de herramientas a los administrativos sanitarios mediante un programa de formación continua. Y poniendo a su disposición de forma accesible toda la información necesria. 7. Aumentar la proactividad de los administrativos sanitarios. El resultado es una Unidad de Atención al Usuario que: 1. Son pieza clave en el proceso asistencial tanto en la recepción con el triaje como en la derivación a otros centros. 2. Realizan todos los trámites administrativos en el mostrador por todos los administrativos sanitarios pueden hacer todos los trámites. 3. Son responsables de tareas administrativas que se reparten entre todos de forma equitativa. 4. Está inmersa en un proceso de mejora continua que aumenta su eficacia en la atención al usuario. 5. Gestiona de las agendas de todo personal asistencial. 6. Gestión de reclamaciones. 7. Gestiona las consultas de medicina complementaria. El objetivo de este estudio es evaluar esta forma de gestionar la Unidad de Atención al Usuario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Encuesta al personal asistencial de Mayo 2009 sobre la eficacia de la UAU - Encuesta de satisfacción de los usuarios del Cat Salut 2010. - Encuesta de satisfacción de los usuarios frente a la gestión de la demanda aguda.

RESULTADOS:

1. Encuesta de Mayo de 2009: Puntuaron del Protocolo de recepción de usuarios:7,94 de media, el papel activo de la UAU 7,69 y la competencia de la UAU en la en su aplicación 7,44. Comparando con otros centros donde habían trabajado: El 88% va consideraron más activo el papel de la UAU del EAP. El 77 % consideró más competente a la UAU i el 63% consideraron que la gestión de los usuarios ha mejorado con el tiempo. 2.Encuesta de satisfacción del Cat Salut 2010: Respecto de la media de Catalunya hemos obtenido + 8,2 en atención telefónica, + 6,9 en facilidad para dar visita, + 9 en puntualidad para entrar en la consulta y + 6,1 en trato al usuario. 3. Encuesta telefónica de satisfacción respecto a la demanda aguda: De 241 usuarios visitados en el box : El 77 % consideró bien o muy bien que ele administrativo sanitario le preguntara por su problema de salud y el 86 veía be o muy bien que el administrativo lo guiara hacia el profesional que mejor podía resolver su problema de salud.

DISCUSIÓN:

Este modo de gestión de la Unidad de Atención al Usuario tiene un impacto positivo sobre la satisfacción de los usuarios y, además, es útil para todo el personal asistencial.

P317.– PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE DIETAS COMO ACCION DE MEJORA ENCAMINADO AL AHORRO EN EL HOSPITAL DE MOLINA.

GONGORA-HERVAS JM, MAIQUEZ-MOJICA V, MARTINEZ-CARRASCO-EGEA M, LOPEZ-CASCALES A, IBAÑEZ-HERNANDEZ J, RODENAS-MARTINEZ E.

HOSPITAL DE MOLINA. MOLINA DE SEGURA.

OBJETIVOS:

1. Mejorar la efectividad del sistema de gestión de dietas del Hospital de Molina. 2. Disminuir el porcentaje de incidencias. 3. Reducir el gasto no controlado. 4. Aumentar la satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el año 2010 se puso en marcha un proyecto que pretende mejorar el sistema de gestión, petición y modificación de dietas en unidades de hospitalización. En este proyecto se desechan las planillas de cocina (formato papel), que se cumplimentaban en las unidades de hospitalización y se procede a la utilización del sistema informático, integrado en el hospital desde el año 2002, dado que existe conexión directa entre las plantas de hospitalización y el Servicio de Dietética. Para garantizar la comunicación entre estos servicios se crearon ventanas informáticas que permiten al personal mantener una comunicación constante con el Servicio de Dietas. Una vez instaurado este sistema se realiza un estudio cuantitativo durante 1 mes en el que se registran todas las dietas recibidas en unidades de hospitalización, en la hora del desayuno y comida. Incidencias detectadas: Los errores más importantes son; 1.Dietas que suben a planta de hospitalización y que no corresponden a ningún paciente, bien porque el paciente ha sido dado de alta o por que no se ha modificado la dieta tras el pase de planta, o por otras causas.2.Pacientes a los que no se les ha preparado dieta.. De un total de 2268 dietas se detectan 161 incidencias de las cuales el 64% corresponde a las dietas que suben a planta de hospitalización y que no corresponden a ningún paciente, esto implica un gasto no controlado para nuestro centro y el 36% corresponde a pacientes a los que no se les ha preparado dieta, lo que supone un aumento en las cargas

de trabajo en las unidades de hospitalización. Además de las incidencias detectadas este estudio nos permitió conocer que las causas principales de las mismas son: 1.Diferentes horarios para revisar las dietas desde el Servicio de Dietética, mensajes no enviados para comunicar modificaciones, altas, ingresos…, deficiente utilización del sistema informático.

RESULTADOS:

Las incidencias detectadas nos permiten elaborar un procedimiento de gestion de dietas que disminuya el gasto innecesario, disminuya cargas de trabajo y aumente la satisfacción de los pacientes. Se implanta dicho procedimiento, se realizan sesiones de divulgación dirigidas a los trabajadores.

P318.– FORMACIÓN CONTINUADA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD. SESIONES DE ENFERMERÍA.

GONGORA-HERVAS JM, MAIQUEZ-MOJICA V, SERRANO-TERUEL MT, SANDOVAL-PIQUERAS A, GALLEGO-GONZALEZ V, LOPEZ-SANCHEZ J.

HOSPITAL DE MOLINA. MOLINA DE SEGURA.

OBJETIVOS:

Implantación de sesiones de enfermería y revisión de los procedimientos de enfermería en áreas de hospitalización quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Debido al sistema de rotación de nuestros profesionales en las distintas unidades, detectamos diferentes errores de actuación a la hora de llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos. Se elabora un cuestionario de 11 preguntas abiertas para medir conocimientos, obteniendo un 58% de respuestas correctas. Consideramos que la formación es un elemento fundamental y nos planteamos la necesidad de implantar sesiones de enfermería que nos permitan revisar, actualizar y unificar criterios dentro del procedimiento enfermero, aumentar el grado de satisfacción de nuestros profesionales y mejorar comunicación entre servicios. Se establece una reunión entre la supervisora de cirugía y distintos facultativos para establecer posibles cambios en los procedimientos y así poder transmitirlos a los profesionales. Durante los meses de marzo y abril del 2011 se realizaron 12 sesiones de enfermería, con una duración de 45 minutos cada una, y una participación del 100% de los profesionales de enfermería. Las sesiones se realizaron durante días alternos a las 9.00h de la mañana, lo que favoreció la asistencia de los mismos como mínimo a una sesión de enfermería. Los aspectos más importantes de estas sesiones fueron; actualización de los procedimientos enfermeros, mejorar y unificar el registro de la medición de los drenajes y mejorar las prácticas enfermeras. En todas las sesiones se procedió a la lectura y revisión de la sesión anterior. Finalizadas las sesiones, todos los participantes realizaron el mismo cuestionario inicial, obteniendo en esta ocasión un 77% de respuestas correctas.

RESULTADOS:

Demostramos la eficacia de las sesiones clínicas. Unificamos criterios de actuación. Mejoramos la formación de nuestros trabajadores. Debemos continuar con las sesiones de enfermería para seguir aumentando el nivel de conocimiento de los trabajadores, siendo estas una herramienta de calidad fundamental para potenciar la formación de los mismos.

P319.– ¿QUE DEBO HACER DESPUES DEL ALTA HOSPITALARIA? RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO.

GONGORA-HERVAS JM, MAIQUEZ-MOJICA V, MARTINEZ-PEREZ M, SEGURA-MELGAREJO F, MARTINEZ-FERNANDEZ MD, BACALLAO-HERNANDEZ S.

HOSPITAL DE MOLINA. MOLINA DE SEGURA.

OBJETIVOS:

Utilizar la entrevista como herramienta que nos permita obtener información sobre las necesidades de nuestros pacientes. Elaborar recomendaciones de enfermería dirigidas al paciente intervenido de hernia de discal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el 2010 en el Hospital de Molina se realizaron 188 intervenciones quirúrgicas de neurocirugía. Detectamos que en los momentos previos al alta hospitalaria y en ausencia del cirujano, son muchas las dudas planteadas por los pacientes al personal sanitario. La supervisión de Cirugía pone en conocimiento del servicio de neurocirugía esta situación. Se decide utilizar la entrevista como herramienta para obtener información sobre las necesidades de estos pacientes una vez que son dados de alta. Realización de entrevista a pie de cama a los pacientes intervenidos de hernia de disco a las 24h de su intervención. Durante la entrevista pretendíamos que el paciente nos transmitiese sus dudas una vez fuese dado de alta. Las preguntas más frecuentes que nos plantearon fueron: 23% ¿Qué debemos hacer una vez en casa?,23% ¿Cuando podremos conducir?, 15% ¿Qué postura debemos adoptar cuando estemos sentados?, 38% ¿Cuándo podremos reanudar nuestras tareas domesticas?, 38% ¿Cuándo podré coger peso?, 23% ¿Necesito rehabilitación?, 23% ¿Tengo que hacer reposo?, 30% ¿Cuánto puedo caminar? Todos los pacientes reclaman más información sobre su intervención. Una vez recopiladas todos los datos se procedió a la elaboración de recomendaciones de enfermería para pacientes intervenidos de hernia discal. Estas recomendaciones son entregadas al alta hospitalaria.

RESULTADOS:

La realización de esta entrevista nos permitió elaborar recomendaciones de enfermería para pacientes intervenidos de hernia de disco, basándonos en las preguntas que ellos nos realizaron, favoreciendo el restablecimiento rápido de la incapacidad funcional del paciente, educando en la rehabilitación y estableciendo una pronta recuperación de su auto dependencia.

P320.– TRATAMIENTO DEL DOLOR TRAUMATOLÓGICO. UNA ASIGNATURA PENDIENTE.

RAMOS-LÓPEZ S, SÁNCHEZ-ANDUJAR L, GÓMEZ-GARCÍA C, POVZON P, COMESAÑA-LOPEZ M, ALCARAZ-MARTINEZ J.

HOSPITAL MORELES MESEGUER. AREA VI. MURCIA.

OBJETIVOS:

Valorar la analgesia administrada a los pacientes que acuden a nuestro servicio de urgencias por patología traumática aguda grave

MATERIAL Y MÉTODOS:

En estudios previos donde se medía el dolor en nuestro Servicio de Urgencias, se había constatado que a la patología traumatológica se reducía menos el dolor que a otro tipo de patología atendida. Para ver como se estaba tratando el dolor de estos pacientes, se han revisado todos los casos de pacientes atendidos durante tres semanas de abril y mayo de este año, buscando pacientes que fueron diagnosticados de fractura o luxación importante y acudieron precozmente a este servicio. Se registraron tanto la medicación administrada, como el tiempo transcurrido entre su llegada y la administración de la misma

RESULTADOS:

Se ha obtenido una muestra de 83 pacientes tras revisar el total de historias del periodo de estudio. En estos casos, no se pudo obtener información en 8 al faltar datos en la historia. del resto, a 43 casos (57,3%) no se administro analgesia, uno de ellos por negativa personal, según consta. El tiempo medio transcurrido entre la llegada del paciente y la administración de la analgesia a aquellos que la recibieron fue de 42,2 minutos. El fármaco más utilizado fue el dexquetoprofeno con 23 casos (69,7%) seguido del metamizol con 3 casos (9%). Se administraron mórficos en 2 casos. Un 9% del total de pacientes que recibieron analgesia (3 casos) precisaron una segunda dosis de medicación.

DISCUSIÓN:

Destaca en este estudio la mayoría de casos en los que no se administró analgesia y el poco uso de los mórficos en

patología potencialmente dolorosa como la que es objeto de este trabajo.

P321.– VALORACIÓN DE INCIDENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

ALCARAZ-MARTINEZ J, ORTIZ-GONZÁLEZ O, MORENO-REINA S, NICOLAS-GALVEZ J, ESTEBAN-LLORET CN.

HOSPITAL MORELES MESEGUER. AREA VI. MURCIA.

OBJETIVOS:

Valorar la incidencia de incidentes y eventos adversos en nuestro servicio de urgencias

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio observacional prospectivo de pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias. El muestreo se realizó durante 7 días de la semana, en semanas consecutivas, en los tres últimos meses de 2009. La muestra diaria fué proporcional al número de casos estimado para cada uno de estos días y la asignación de caso se hizo a su llegada al servicio. Se realizó seguimiento a estos pacientes designados , con consentimiento de los mismos, y a la semana se les llamó por teléfono a los que habían sido dados de alta y se visitaron a los que permanecían ingresados para saber si había habido algun incidente derivado de la atención anterior. El estudio se realizó por adjuntos del servicio de urgencias de forma interna y cruzada.

RESULTADOS:

Completaron el seguimiento una muestra de 187 pacientes, con una edad media de 40,65 años, de los cuales el 46,4 fueron mujeres. En los 187 pacientes se dieron 14 eventos adversos, dos de ellos en un sólo paciente. De estos incidentes se detectaron 8 durante su estancia en Urgencias y 6 en el seguimiento telefónico. Se recogieron datos del día de la semana y turno en el que fueron atendidos y aunque tuvieron lugar más durante la mañana (7 de los 14 incidentes) y el sábado (6 de los 14 casos) las diferencias no alcanzaron significación estadística.

DISCUSIÓN:

Este estudio da una idea de la importancia de los eventos adversos en Urgencias. El hecho de realizar acciones similares, más que dar una información importante sobre

aspectos a mejorar, refuerza la cultura de seguridad en este servicio. Las cifras de incidentes observadas están dentro de la media española.

P322.– NUCLEO DE CALIDAD: COMISION DE COMISIONES.

SANCHEZ-ROJO SO, FORT-BARBARÀ XE, BUENO MJ.

CENTRE M.Q. REUS.

OBJETIVOS:

El principal obejtivo es adaptar una estructura que cohesione toda la información sobre la calidad del centro incluyendo el seguimiento de la propia monitorización de indicadores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La comisión del Núcleo de Calidad está formada por los responsables de los diferentes servicios del centro: Consultas externas, Bloque Quirúrgico, Hospitalización, Farmacia, etc. Así como por la Dirección y la Dirección de Calidad del Grupo al cual pertenecemos. Por otro lado estos responsables forman parte de otras comisiones en las cuales se trabajan ítems relacionados con la calidad, como son Seguridad Clínica, Comisión de Mortalidad, Comisión de infecciones etc. La comisión del Núcleo de Calidad se reúne mensualmente, y en ella cada responsable presenta los datos de los ítems relacionados con su ámbito, o con la comisión a la cual pertenece.

RESULTADOS:

Esta comisión esta constituida desde el año 2004 y durante el año 2010 se ha adaptado a las necesidades del centro para poder dar cobertura a acreditaciones relacionadas con la calidad, como la Acreditación ISO 9001-2008 del bloque quirúrgico. Actualmente se realiza un acta en la cual se trabajan diferentes ítems relacionados con los siguientes puntos: Recogida y revisión de indicadores, Historias clínicas, Terapia Farmacológica, Infección Hospitalaria, Mortalidad, Re intervenciones e indicadores quirúrgicos, Transfusión sanguínea, Atención al usuario y seguimiento de encuestas, Evaluación de proveedores, Incidencias internas de calidad, Cuadro de indicadores de C.M.A, ISO y Procesos y Seguridad Clínica. Una vez presentados todos los datos y evaluados, se realizan las acciones de mejora que se consideran oportunas, mediante la asignación de objetivos, con un responsable y un tiempo determinado para alcanzarlos. En cada reunión de la comisión se evalúan los

objetivos anteriores y se procede, o bien al cierre en caso de que se haya conseguido, o bien en al rediseño del objetivo, para poder alcanzarlo.

DISCUSIÓN:

Actualmente la comisión del Nucleo de Calidad, con su acta como herramienta, es el eje en el cual giran todos los temas relacionados con calidad que afectan a nuestro centro, como son: la Gestión por Procesos, el Sistema de incentivación profesional por objetivos, el seguimiento de las acciones de mejora de las auditorias, tanto internas como externas, de la acreditación ISO 9001-2008 o el seguimiento de las notificaciones en el buzón de Seguridad Clínica.

P323.– MEJORA MULTIDISCIPLINAR EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN UNA DIRECCION ASISTENCIAL. PAPEL DE LAS ENFERMERAS.

SANTOS-ALVAREZ P, MARTIN-MALDONADO JL, CALVO-MAYORDOMO MJ, UBACH-BADIA B, INFANTES-RODRIGUEZ JA, ESCRIVA DE ROMANI-DE GREGORIO B.

DIRECCION ASISTENCIAL SURESTE. MADRID.

OBJETIVOS:

>Contribuir a disminuir a corto-medio plazo la demora prospectiva de las unidades de fisioterapia >Adecuar las derivaciones a las unidades >Mejorar la calidad en la atención/ mejorar la satisfacción de los usuarios >Abordaje de estas patologías osteoarticulares desde otra perspectiva. Papel de las enfermeras

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tras el análisis de las demoras prospectivas reflejadas en el cierre del contrato programa 2010 se evidencia que un 77% de nuestras unidades, tienen una demora mayor de un mes para la primera visita de valoración por el fisioterapeuta Ante esta situación se decide intervenir de dos formas: >adecuación de las agendas de los fisioterapeutas >adecuación de las derivaciones a sus unidades: fase 1:monitorización de las mismas, fase 2:sesiones formativas/informativas en los centros fase 3:cribaje de las derivaciones en función de los resultados de la fase 1

RESULTADOS:

Para llevar a cabo esta línea de trabajo y tras este análisis, ha sido necesario planificar reuniones directivas con el fin de que los 39 centros y las 17 unidades siguieran unas mismas líneas de trabajo, todo ello coordinado desde la dirección asistencial. No podemos presentar datos, dado que se cerraron los contratos programas entre marzo-abril del 2011. Para la fechas del congreso podremos presentar los datos de la fase de monitorización que reflejarán el porcentaje de pacientes cuyas patologías, según el criterio de los fisioterapeutas serían susceptibles de ser derivados a las enfermeras de los centros de atención primaria, y podríamos hacer una aproximación del impacto de esta medida (intervención de la enfermera en el control de estas

patologías) en la demora prospectiva de nuestras unidades de fisioterapia.

DISCUSIÓN:

Creemos que la colaboración multidisciplinar, en donde todos los actores que intervienen en los procesos asistenciales (auxiliares administrativos, médicos de familia, enfermeras y por supuesto fisioterapeutas), nos permitirá adoptar las medidas más eficientes en el tratamiento de estas patologías, que con el envejecimiento de la población irán en aumento. Además, proponemos redirigir pacientes tanto a intervenciones individuales (problemas de afrontamiento) como grupales que estamos convencidos nos permitirán mejorar nuestro objetivo de demora prospectiva y a bien seguro, aumentar la implicación de los pacientes en su AUTOCUIDADO.

P324.– REPERCUSIÓN EN LOS TRASLADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON LA INTRODUCCIÓN DE UN ETI E INFORMES RADIOLÓGICOS A DISTANCIA.

GONZÁLEZ-GARRO E.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA (MURCIA).

OBJETIVOS:

Realizar la cuantificación objetiva de los traslados surgidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, antes y tras la introducción del equipo de traslados interhospitalarios y con el informe radiológico de los TAC´s craneales por el radiólogo de referencia a través de las imágenes volcadas en el aplicativo informático Selene, demostrando la disminución de los mismos lo que va unido a una mejora en la calidad asistencial a los usuarios de nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Registro cuantitativo de los traslados realizados en los períodos comprendidos entre el 01/01/2010 al 31/05/2010 (antes de la introducción) y el 01/01/2011 y el 31/05/2011 (tras la introducción de estas medidas). Utilizamos para ello el libro de registro de traslados y los formularios sanitarios de transporte.

RESULTADOS:

Se evidencia una enorme disminución (62,6%) en el número de traslados realizados en nuestro servicio.

DISCUSIÓN:

Tras los resultados obtenidos, podemos afirmar que la introducción de estos recursos han repercutido favorablemente en la reducción drástica del número de traslados realizados desde nuestro Servicio de Urgencias, aumentando por tanto la calidad asistencial a los usuarios:

- Disminuyendo los tiempos entre la realización de la prueba diagnóstica (TAC) y el informe del mismo, ya que anteriormente al no tener radiólogo de guardia, el paciente debía trasladarse a otro hospital para la realización del TAC, para que el radiólogo pudiera ver las imágenes e informarlo.

- Disminuyendo el tiempo de traslado del paciente en estado crítico a servicios especiales (UCI, Hemodinámica,....) al contar con un equipo 24 horas dedicado a este tipo de traslados.

- Disminuyendo el tiempo de traslado de pacientes derivado de la búsqueda de personal sanitario para la realización de los mismos (equipo de traslados interno).

- Aumentando la calidad asistencial del Servicio de Urgencias, al no privar al mismo de personal, ya que al no disponer de un equipo de traslados interno las 24 horas, el Servicio de Urgencias asume los traslados no críticos pero con necesidad de personal sanitario no facultativo a partir de las 22 horas.

P325.– IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO "AZAHAR" PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ESCOBAR-GARCIA MJ, QUINTAS-RODRIGUEZ J, MANZANO-ANGUAS JM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

OBJETIVOS:

La misión de la Unidad de Trasplante Renal en la que trabajamos es dar asistencia personalizada, integral y de calidad a los pacientes. Los objetivos son el rediseño del proceso de cuidados de enfermería para lograr mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de los pacientes. Facilitar introducción e implantación de nuevos procedimientos. Posibilitar la correcta cumplimentación de los cuidados enfermeros informatizados. Evitar olvidos u omisiones en los registros enfermeros diariamente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un curso formativo de dos días (14 horas) para adiestrar al personal de enfermería en el conocimiento y aplicación de un novedoso programa informático denominado "Azahar" para la cumplimentación de los planes de cuidados enfermeros a través de esta herramienta y paulatinamente consolidarlo como registro único que sustituirá a los registros en papel. El personal de la Unidad está formado por 12 enfermeros y 5 Auxiliares de Enfermería, con edad media de 40 años y distintos niveles de conocimientos informáticos. Se creó un grupo de trabajo de enfermería de con el apoyo de la Unidad de Calidad que revisó el proceso de atención para identificar oportunidades de mejora: Con esta finalidad se elabora un "esquema-guión" como recordatorio de los pasos básicos a seguir para la cumplimentación de los planes de cuidados a través del programa informático de enfermería. .

RESULTADOS:

Durante 2010 se ha puesto en marcha la implantación del programa informático Azahar que actualmente se cumplimenta correctamente en el 95% de los casos, como estrategia de mejora planificamos mantener el índice por encima de este porcentaje. Nuestra Unidad ha sido pionera en el uso de esta herramienta de trabajo que

considerábamos necesaria para la renovación de la metodología y la consecución de los siguientes resultados: Formación e implantación del programa informático "Azahar" en el tiempo establecido. Aumento de la seguridad en la cumplimentación de los registros enfermeros a través de los conocimientos adquiridos y reflejados en un esquema. Disminución de errores y olvidos al rellenar los diferentes campos del nuevo programa implantado. Aumento de la motivación y disminución del rechazo a técnicas desconocidas.

DISCUSIÓN:

La enfermería actual está en continuo proceso de aprendizaje, en un corto espacio de tiempo han avanzado y se han incorporado nuevas metodologías, un lenguaje unitario y la aplicación de los cuidados enfermeros así como el reflejo de los mismos en planes de cuidados estandarizados. Nuestra profesión está abierta a los nuevos procedimientos y este soporte informático facilita mucho la labor para la cumplimentación correcta y consulta de registros de nuestros cuidados. El rediseño de los cuidados de enfermería implementado a partir de 2010 ha empezado a ofrecer resultados claros de mejora de la calidad asistencial y ha generado un aumento de la motivación de los profesionales acorde con los resultados obtenidos y con la adaptación a los nuevos métodos de trabajo.

P326.– IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACION DEL DOLOR AGUDO.

MARTINEZ-LOPEZ MA, PEREZ-RODRIGUEZ MT, CASTRO-FERNANDEZ MI, HERMIDA-COTO R, FERNANDEZ-ALVAREZ MC.

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS. MONFORTE DE LEMOS.

OBJETIVOS:

Implantar en las 5 unidades de hospitalización el procedimiento de evaluación del dolor agudo. Evaluar el grado de cumplimiento por las enfermeras de dicho procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Adaptación de las acciones asociadas al registro de valoración del dolor al entorno del hospital. Formación del personal: entrega personalizada del procedimiento, díptico informativo y medidor EVA a todas las enfermeras de hospitalización. Reparto de carteles informativos por las unidades. Puesta en marcha del registro EVA en grafica y del registro especial de valoración del dolor en Gacela el 27. Evaluación de la cumplimentación de ambos registros.

RESULTADOS:

Transcurridos 4 meses del proceso de implantación los resultados obtenidos por unidad de enfermería son: M. Interna: 36 registros de la escala EVA en la grafica (0,1 %) y 4 registros de valoración del dolor (0,01%). Especialidades: 0 registros de la escala EVA en la grafica y 36 registros de valoración del dolor (0,1 %). Traumatología y Urología: 889 registros de la escala EVA (2,2%) en la grafica y 201 registros de valoración del dolor (0,5%). Cirugía y Digestivo: 1774 registros de la escala EVA en la grafica (5,7%) y 82 registros de valoración del dolor (0,3%). Maternidad y Pediatría: 182 registros de la escala EVA en la grafica (0,7%) y 42 registros de valoración del dolor (0,2%).

DISCUSIÓN:

El bajo porcentaje de registro se debe a varias causas: La enfermería aún no tiene interiorizada la escala EVA como la 5ª constante y se les olvida su registro. La dificultad de que los facultativos no pueden consultar en Ianus el registro de valoración del dolor, solo ven la descripción que realizan las

enfermeras en los comentarios, por lo que realizar el registro y escribir también en los comentarios supone duplicar el trabajo. La dificultad añadida de que un porcentaje importante de las enfermeras (40,5%) tenían pendiente su traslado a otros centros o Atención Primaria. La formación realizada mediante la entrega personalizada del procedimiento se ha demostrado insuficiente para conseguir una buena evaluación del dolor con lo que no se mejora el bienestar y confort de los pacientes. Todo esto deriva en una peor calidad de la atención al dolor.

P327.– BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ESTADO ACTUAL.

ARANTÓN-AREOSA L, RUMBO-PRIETO JM, ROMERO-MARTÍN M, FERNANDEZ-SEGADE J, CALVO-PÉREZ AI, TRUEBA-MORENO MA.

SERVIZO GALEGO DE SAÙDE. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

OBJETIVOS:

Conocer los indicadores y/o estándares de calidad de cuidados que existen para la seguridad del paciente ante las úlceras por presión (UPP) como efecto adverso, y determinar su nivel de cumplimiento en el ámbito hospitalario

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión bibliográfica en bases de datos (Cuiden Plus y Pubmed), sobre indicadores y estándares de calidad de cuidados en UPP asociado a estrategias de mejora y de seguridad de pacientes. Método de selección y análisis documental por consenso de grupo nominal. Estadística descriptiva y de dispersión

RESULTADOS:

El Proyecto Séneca (estándares de calidad de cuidados según el modelo EFQM) fue el primero en definir como estándar de procesos la implantación de un protocolo de prevención y tratamiento para UPP, y como estándar de resultados clave, a los pacientes que desarrollaban una UPP. La National Quality Forum (NQF) es quién actualmente recomienda cuales deben ser los indicadores de buenas prácticas para prevenir la aparición de UPP y mejorar la seguridad del paciente hospitalizado; estos indicadores se relacionan con: 1) La existencia en el hospital de normas sobre prevención de UPP. 2) La valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 48h. de ingreso. 3) El cumplimiento de los cambios posturales según el riesgo. El análisis del único estudio nacional multicéntrico (hospitalario) determinó que el grado de cumplimiento de las recomendaciones descritas fue aceptable (68%) para la existencia de protocolos, inaceptable (28,8%) para la valoración del riesgo en 48h, y moderado (51,7%) para los registros de cambios posturales.

DISCUSIÓN:

La implantación y cumplimiento de las estrategias de mejora con eficacia probada para la evaluación y prevención de las UPP es del todo insuficiente, sobre todo en lo relacionado con la valoración del riesgo de padecerlas. Por tanto, se hace necesario adquirir un mayor conocimiento y sensibilización de todos los profesionales sanitarios que permita abordar con efectividad y eficiencia la prevención de UPP y mejorar la seguridad de los pacientes hospitalizados.

P328.– PLAN DE MEJORA EN INDICACIONES, CONTROL Y GESTIÓN DE LOS AISLAMIENTOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

GORDO-ORTEGA J, MARTÍNEZ-NOGUERAS R, GEA-LAZARO I, MARQUEZ-HERNÁNDEZ MT.

COMPLEJO HOSPITALARIO. JAÉN.

OBJETIVOS:

Desde la Unidad de Medicina Preventiva hemos iniciado en febrero del año 2011, la planificación de una serie de actividades destinadas a mejorar la gestión de los aislamientos por causa infecciosa en nuestro Complejo Hospitalario. El objetivo de este trabajo es presentar las diferentes actividades realizadas y planificadas para conseguir la mejora del manejo de estos aislamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante la realización por parte de Medicina Preventiva de actividades de formación específica en aislamientos e impartida a profesionales de nuestro Complejo, se detecta la gran variabilidad de actuaciones y decisiones que se toman durante el periodo de aislamiento instaurado a un paciente así como lo referente a circuito de traslados y movimientos internos que precisa. En primer lugar, planteamos a la Comisión de Infecciones esta situación y con su apoyo, creamos un grupo de trabajo formado por dos profesionales de Medicina Interna (una médico y una enfermera) y dos profesionales de Medicina Preventiva (un médico y una enfermera). Se acuerda un plan de trabajo y se programan varias reuniones, una para asignación de tareas y dos más para redacción definitiva del esquema y planificación de estrategias de divulgación

RESULTADOS:

El trabajo final del grupo de trabajo, se ha presentado en la Comisión de Infecciones. Consta de un esquema actualizado con las recomendaciones y precauciones de aislamiento en enfermedades transmisibles. En él, se incluye un primer apartado con las recomendaciones estándar y un segundo, con las precauciones basadas en la transmisión, conteniendo también un breve apartado con recomendaciones de gestión de residuos sanitarios peligrosos. Por último, presentamos

las enfermedades, el tipo de aislamiento, la duración de la enfermedad y recomendaciones generales para todos los casos. Como estrategia de divulgación, planificamos la programación de formación específica acreditada para el segundo semestre del año, la celebración de sesiones clínicas en todos los servicios implicados, su envío por correo electrónico a jefes de unidad y supervisores y su publicación en la intranet del Complejo, con el objetivo de llegar a todos los profesionales.

DISCUSIÓN:

Por ser una situación que se produce de manera rutinaria en las unidades de hospitalización de nuestro Complejo, consideramos que la aplicación correcta de los criterios de aislamiento tiene sus repercusiones en cuanto a la seguridad con la que realizan su trabajo los profesionales del Complejo y la seguridad del paciente, además de contribuir a reducir aislamientos innecesarios y por lo tanto, minimiza costes.

P329.– CUADRO DE MANDOS DE INDICADORES CRÍTICOS: HERRAMIENTA DE APOYO A LA DIRECCIÓN PARA LA GESTIÓN SENCILLA Y EFICAZ.

MARTINEZ-NOGUERAS R, GORDO-ORTEGA J, NUEVO-LARA EA, SÁNCHEZ-ARBOLEDA JM, HEREDIA-GALÁN MV.

COMPLEJO HOSPITALARIO. JAÉN.

OBJETIVOS:

En enero del 2011, la UGC de Medicina Preventiva, a petición de la Dirección Gerencia, crea un cuadro de mandos donde se monitorizan de forma semanal, indicadores considerados por su importancia de carácter crítico. Esta herramienta permite conocer al momento la situación y los eventos que suceden en estos puntos estratégicos, sirviendo de apoyo a la Dirección Gerencia en la toma de decisiones. El objetivo de este trabajo es describir el cuadro de mandos generado, los indicadores recogidos y una valoración subjetiva tras 6 meses de uso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ordenó la cartera de servicio de los Servicios de Medicina Preventiva, se seleccionaron los indicadores que se consideraron más relevantes para este fin, se priorizaron las actividades de la unidad en relación al seguimiento y evaluación de estos indicadores con el personal de enfermería y se crearon cronogramas de actividad semanal. Posteriormente, se eligen unos primeros indicadores y se presentan a la dirección gerencia y que una vez valorados, decide optar por los presentados por esta unidad ya que dan respuesta a las necesidades de la dirección. La recogida de estos indicadores sería tarea a realizar por el personal de enfermería, por lo que se dan a conocer y se decide como recogerlos, lugares en los que incidir y día en el que deben presentarse, para que entren a formar parte de su actividad rutinaria semanal concretando los puntos sobre los que se debería incidir.

RESULTADOS:

El cuadro de mandos presenta 16 indicadores críticos, destacando los relacionados con detección de infecciones hospitalarias; aislamientos por causa infecciosa; resultados de controles de bioseguridad ambiental; situación de las

Unidades de Críticos; incidencias en limpieza, desinfección y esterilización; incidencias en orden y disciplina,; incidencias en el bloque quirúrgico; las relacionadas con Salud Pública y epidemiología y un último apartado de observaciones y comentarios generales. El cuadro se estructura indicando la semana de seguimiento de los indicadores, que coincide con la semana epidemiológica en curso y dos columnas, que recogen el valor del indicador y observaciones de valoración y seguimiento.

DISCUSIÓN:

La monitorización de indicadores críticos permite estar alerta ante situaciones sensibles y detectar comportamiento de puntos fuertes y puntos estratégicos y además permite realizar seguimiento continuo de lo recogido. Consideramos que su uso en los 6 primeros meses del año ha sido valioso. La recogida sistemática de los datos ha conseguido un control más adecuado de las actividades propias de la prevención, así como la detección inmediata de ciertas alteraciones detectadas al sistematizar de una forma más ajustada el seguimiento. De esta forma, creemos que este cuadro de mandos da respuesta de forma eficaz y temprana a la alteración de los procesos que mantienen la seguridad del paciente mediante el análisis de estos indicadores.

P330.– CICLO DE MEJORA DE LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO URGENCIAS.

ALCARAZ-MARTINEZ J, SOTO-CASTEJON B, GARCÍA-GARCIA ML, MIGUEL-PERELLO J, RAMIRO-TENA E, TOMAS-ALMAZAN P.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar la preparación realizada desde urgencias del paciente para cirugía urgente, con el objetivo de mejorar su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se elaboraron 7 criterios para la medida de la calidad de la preparación del paciente desde urgencias para quirófano, con sus excepciones y aclaraciones y se procedió a realizar una medida inicial de los mismos. Por muestreo aleatorio entre los pacientes intervenidos en 2008 se escogió una muestra de 100 casos. Como fuente de datos para la selección de la muestra se utilizó el registro de casos del quirófano de urgencias y para obtener información, la historia clínica de dichos pacientes. Los resultados obtenidos se contrastaron con una muestra de igual número de casos de 2009, tras poner en marcha actividades de mejora. Al no haber obtenido los resultados deseados, ese creó un grupo de trabajo y se pusieron en marcha nuevas acciones. Este año se ha evaluado los cumplimientos de criterios del año 2010. Como test estadístico se ha utilizado el de la Chi cuadrado.

RESULTADOS:

A continuación indico los resultados de cumplimiento de criterios de 2008 en la primera columna, 2009 en la segunda y 2010 en la tercera, indicando además el nivel de significación de 2010 respecto al 2008: 1.Uso de hoja de verificación 28 33 32,5 No 2.Consentimiento de cirugía 74 78 97,5 P< 0.001 3.Consentimiento de anest. 61 71 97,5 P< 0.001 4.Antibiótico según protocolo 60 70 75 P< 0.05 5.Antibiótico 1 hora antes 32 45 55 P< 0.01 6.Rasurado eléctrico 0 67 30 P< 0.001 7.Preoperatorio correcto 73 92 100 P< 0.001.

DISCUSIÓN:

Se ha mejorado en 5 de los criterios en cada evaluación, aunque el criterio 5 aún muestra cumplimientos mejorables. El criterio 6 después de una mejora inicial ha empeorado en este año y el 1 no se ha modificado.

P331.– GASTROPROTECCIÓN FRENTE A AINES EN URGENCIAS: UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD.

REINA-NICOLAS MI, LILLO-GARCIA I, GUZMAN-BORONAT L, TUDELA-DE GEA B, ESTEBAN-LLORET CN, LOPEZ-MARTINEZ I.

HOSPITAL MORELES MESEGUER. AREA VI. MURCIA.

OBJETIVOS:

Mejorar la adecuada indicación de gastroprotección en nuestro servicio de urgencias a los pacientes a los que se receta al alta AINEs.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el año 2008 se obtuvo una muestra de 150 pacientes, mediante muestreo aleatorio estratificado, de entre los atendidos en urgencias a los que se prescribieron AINES en su tratamiento al alta. La fuente de datos fue el archivo de historias de urgencias y se recogió información sobre edad del paciente, factores de riesgo de gastropatía, uso de gastroprotección y sobre quién decidió dicha indicación; si médico residente o adjunto. Al conocer los resultados se realizaron acciones para su mejora, consistentes en charlas divulgativas y se repartieron entre los residentes resúmenes de bolsillo de las indicaciones de gastroprotección En el 2011 se tomó una muestra con el fin de comparar los resultados con los obtenidos en 2008. El método estadístico con el que se contrastaron los resultados fue el test de la Chi Cuadrado.

RESULTADOS:

En este año se ha obtenido una muestra de 120 casos, con una edad media de 37,9 años y una proporción de mujeres del 44,8%. De ellos, el 31,6% presentaba algún factor de riesgo que aconsejaba el uso de gastroprotector. La edad superior a 60 años fue el factor de riesgo más frecuente (51,1%). En estos pacientes, en los que estaba indicado, se pautó medicación protectora en el 50% de casos (intervalo de confianza= 33.2-66.8%). En el estudio de 2008 se alcanzó un 58% (51.2-65,8%) En los pacientes en los que no estaba indicado, se pautó gastroprotección en el 17,5% (9.5-26.1%) de casos, algo mejor que en el primera medida, donde alcanzó el 23,2% (16,5-29,9%) En la valoración de la adecuación global de gastroprotección entre ambos años, se pasó del 70.7% (63,4-78%) al 73,3% (65.4-81.2%) no

apreciándose diferencias significativas. Comparando la actuación por parte de médicos adjuntos o residentes, no observamos diferencias estadísticamente significativas. Los fármacos gastroprotectores utilizados han sido en todos los casos inhibidores de la bomba de protones, siendo el omeprazol el más utilizado (93%).

DISCUSIÓN:

No se ha evidenciado una mejoría después de las acciones de mejora Sería conveniente diseñar nuevas estrategias enfocadas a mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

P332.– PROGRAMA DE CONTROL DE ANTIBIÓTICOS Y ANTIFÚNGICOS DE USO RESTRINGIDO HOSPITALARIO.

MARTINEZ-NOGUERAS R, GORDO-ORTEGA J, BARBERO-HERNÁNDEZ MJ, CUESTA-LENDÍNEZ I, OMAR-MOHAMED-BALGHATA O.

COMPLEJO HOSPITALARIO. JAÉN.

OBJETIVOS:

La resistencia a los antimicrobianos y antifúngicos (AM y AF), es un problema multifacto¬rial, de difícil abordaje y con implicaciones microbiológicas, terapéuticas, epidemiológicas y de salud pública. Desde la Comisión de Infecciones de nuestro Complejo Hospitalario, hemos iniciado en febrero del año 2011, la planificación de una serie de actividades destinadas a mejorar el uso de los AM y AF de uso restringido en el medio hospitalario. El objetivo de este trabajo es presentar la hoja elaborada de AM y AF de uso restringido y las diferentes actividades realizadas y planificadas para su divulgación entre los profesionales de nuestro Complejo Hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En primer lugar, algunos miembros de la Comisión de Infecciones, planteamos a esta Comisión, la necesidad de adecuar el uso hospitalario de determinados AM y AF por su posible impacto en el incremento de resistencias, provocado por un mal uso estos fármacos. Propusimos la elaboración de una hoja que recogiese los AM y AF considerados de uso restringido y para ello, creamos un grupo de trabajo formado por 1 facultativo de Medicina Interna, 1 de Microbiología, 1 de Farmacia y 1 de Medicina Preventiva, todos ellos miembros de la Comisión de Infecciones. Se acuerda un plan de trabajo y se programa un calendario de reuniones, con asignación de tareas y fecha para redacción definitiva del documento final y planificación de estrategias de divulgación.

RESULTADOS:

Se ha presentado en la Comisión de Infecciones una hoja consensuada entre los 4 profesionales del grupo de trabajo. Esta hoja presenta 8 antibióticos y 5 antifúngicos que catalogamos de uso restringido hospitalario. En la hoja

añadimos la indicación de uso para cada fármaco y aparece como campo obligatorio, si es tratamiento empírico o se acompaña de antibiograma. En este último caso, para dos antibióticos, se marca como obligatorio el disponer de antibiograma para solicitar su uso a la Unidad de Farmacia. La Comisión de Infecciones, aprueba su estructura y le otorga la consideración de hoja de uso obligatorio. Como estrategia de divulgación, planificamos la programación de formación específica acreditada para el segundo semestre del año, la celebración de sesiones clínicas en todos los servicios implicados, el envío de la hoja por correo electrónico a jefes de unidad, su publicación en la intranet del Complejo y su inclusión en la aplicación de prescripción electrónica por unidosis hospitalaria del Complejo.

DISCUSIÓN:

Creemos, que una política restrictiva, unido a una política formativa, puede tener buenos resultados en la mejora del uso de estos fármacos. Desde la Unidad de Farmacia, se han construido indicadores para medir resultados, que serán valorados por el grupo de 4 profesionales que ha elaborado este trabajo y que finalmente, ha quedado constituido como grupo de trabajo multidisciplinar y asesor de la Comisión de Infecciones.

P333.– ESTUDIO DE INDICADORES QUIRURGICOS (SEGURIDAD EN BLOQUE QUIRÚRGICO: INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES).

ROMERO-BASTERRETXEA, E, GONZÁLEZ-ARRIETA M, HENRICH- B, MANZANO-GONZÁLEZ G, LÓPEZ-PARA R, BOLAÑOS L.

CLÍNICA ERCILLA. VIZCAYA.

OBJETIVOS:

Profundizar en la integración de la SP en la actividad asistencial, de Mutualia a partir del: Análisis y valoración de los datos de los indicadores quirúrgicos definidos en el plan de Seguridad del paciente de Mutualia :

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el año 2008 se elabora el Plan para la Seguridad de Pacientes. interviniendo en la elaboración del plan 8 personas del Área Sanitaria, pertenecientes a las 3 Direcciones Territoriales, y 2 de Organización y Calidad. Se definen los objetivos del Plan de Seguridad de Pacientes, así como los indicadores que permitirán hacer un seguimiento de los mismos, según la metodología PDCA,.entre los que estan los indicadores quirúrgicos a los que hace referencia esta comunicación Se definen también las acciones para profundizar en el análisis y propuestas de mejora como : Hacer un seguimiento de la utilización del consentimiento informado (procedimiento quirúrgico y anestesia). Establecer una sistemática de registro de las intervenciones aplazadas Establecer una sistemática de registro de las re intervenciones Establecer un plan de vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomillos, y mantenerlo. Checklist quirúrgico Elaboración de registro de recogida de datos: corte de datos trimestral Desarrollo de herramienta informática específica para la recopilación y actualización de los datos

RESULTADOS:

Se realiza la recogida trimestral de los datos de los indicadores definidos: poner datos más relevantes Se cumplimenta en cada UT el registro elaborado para la recogida de datos Medición trimestral y anual ¿? Elaboración de informe de resultados de indicadores y difusión a las

personas de la organización. Si se aprecian desviaciones en los datos, se valoran las causas y se establecen acciones correctivas por un Equipo creado ad hoc.

DISCUSIÓN:

La medición de indicadores es una herramienta importante para orientar la realización del plan de seguridad en el paciente , como también para monitorizar y evaluar el alcance de los objetivos planteados. Discutir datos y alguna acción de mejora.

P334.– GESTION POR PROCESOS: ELABORACION DE LA INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.

GARCIA-ARENAS JJ, PEREZ-GARCIA M, GARCIA-ARENAS MM, JIMENEZ-BARBERO JA, MUNUERA-GARCIA V, ALBACETE-BELMONTE A.

CENTRO DE SALUD MENTAL LORCA. MURCIA.

OBJETIVOS:

1.- Describir el procedimiento de elaboración del documento de la intervención de terapia ocupacional puesto en marcha en la unidad de rehabilitación del Centro de Salud Mental del Area III.

2.- Profundizar en un diseño que facilite la secuenciación del subproceso de intervención del terapeuta ocupacional dentro del proceso programa de rehabilitación.

3.- Explicar cómo dicho subproceso clarifica el papel y/o actuación del terapeuta ocupacional del centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los procedimientos de elaboración de los programas de rehabilitación y sus procesos, se diseñaron por medio de la intervención multidisciplinar del grupo de la Unidad de Rehabilitación basadas en un mapa de procesos generales. El Subproceso: Intervención de Terapia Ocupacional fueron diseñados por el terapeuta ocupacional de la Unidad de Rehabilitación y basada en el Proceso Programa de Rehabilitación dentro del Mapa de Procesos generales de la Unidad de Rehabilitación Lorca/Aguilas. Los que llevan a cabo el subproceso de intervención de terapia ocupacional son los T.O. integrantes del equipo multidisciplinar de la Unidad de Rehabilitación. La misión de este subproceso es la validación del déficit y capacidades funcionales del usuario, plantea los objetivos del tratamiento para la elaboración del P.I.R., desarrolla las intervenciones de rehabilitación individual y grupal oportunas y tutorización de los casos, todo ello encaminado a conseguir la máxima independencia posible del usuario. El material empleado fueron numerosas búsquedas bibliográficas en los diferentes campos de actuación.

RESULTADOS:

La implantación de este modelo se puso en marcha en nuestra Unidad desde el año 2009. Durante estos años, nuestra experiencia muestra que la aplicación de este subproceso produce una agilización en la elaboración de documentos, mejora en la coordinación entre los diferentes profesionales y, sobre todo y más importante, un tratamiento mas completo a los usuarios. Esto, necesariamente, repercute en el beneficio de nuestros usuarios.

DISCUSIÓN:

La implantación de dicho subproceso en las diferentes Unidades de Rehabilitación repercute en beneficio del trabajo de los diferentes profesionales y la atención a los usuarios desde el área de trabajo de terapia ocupacional. Con todos estos procesos se pretende dar cobertura a las necesidades de las personas con trastorno mental severo, con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, para conseguir el mayor grado de autonomía e integración social.

P335.– MONITORIZACIÓN DE LA TRASCRIPCIÓN DE ÓRDENES MÉDICAS DE QUIMIOTERAPIA POR PARTE DEL RESIDENTE DE FARMACIA HOSPITALARIA.

LEON-VILLAR J, SANCHEZ-CATALICIO M, MOLINA-GUILLEN P, MOREGO-SOLER A, BOSO-RIBELLES A, PASTOR-CANO P.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar la importancia del registro de incidencias a la trascripción de órdenes médicas de quimioterapia para: 1.- la adquisición de habilidades y capacidades, por parte del residente de Farmacia Hospitalaria en oncohematología y 2.- la mejora continua del circuito de prescripción-administración de quimioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos 567 documentos de registro diseñados al efecto de monitorizar la actividad de trascripción(al programa de gestión de la quimioterapia Oncofarm® 3.3) de ordenes médicas de quimioterapia de oncohematología, los ítems recogidos en el documento de distribuyen en 9 puntos de análisis: 1.-si existe o no cambio en el protocolo de quimioterapia prescrito, 2.-si está presente o ausente la propia prescripción de quimioterapia, 3.-si falta o no algún citostático del esquema de quimioterapia, 4.-si la fecha de prescripción es, o no correcta, 5.-si el citostático se prescribe dentro o no de sus condiciones de uso autorizadas, 6.- si la dosis es, o no, correcta, 7 y 8.- si los diluyentes y medicación complementaria son o no correctos y 9.- si la prescripción está o no firmada por el médico responsable.

RESULTADOS:

El número de incidencias registradas fueron: punto 1.- 99(26,47%), punto 2.- 12(3,21%), punto 3.- 12(3,21%), punto 4.-58(15,51%), punto 5.- 7(1,87%), punto 6.- 175(46,79%), punto 7.- 3(0,80%), punto 8.- 2(0,53%), punto 9.- 6(1,60%). De 567 documentos: 95 (16,78%) requirieron intervención farmacéutica y comunicar con el facultativo responsable para aclarar algún aspecto de la prescripción; 104 (18,37%) permitieron detectar un error de prescripción siendo, de ellos, el error de dosis el más frecuente con 68 (65,38% del total de errores); 240

(42,40%) de las documentos requirió aclaraciones al residente por parte del adjunto del Servicio de Farmacia responsable del Área, de ellas 208 (86,67%) correspondían a carencias de conocimientos y el resto, 32(13,33%) a carencias de práctica del programa informático.

DISCUSIÓN:

La necesidad de proporcionar una prestación sanitaria de calidad compromete a cada uno de los profesionales que forman parte del sistema sanitario. En los servicios clínicos docentes donde se asume además la tarea de educar y adiestrar a estudiantes, residentes y a otros profesionales, es importante la monitorización estrecha durante la curva de aprendizaje de los mismos. En la formación en Farmacia Hospitalaria, en concreto la trascripción y validación de las prescripciones médicas de oncohematología es una actividad definida como punto crítico en nuestro servicio de farmacia y por ello la monitorización de esta actividad se realiza mediante un documento de registro de incidencias de obligado cumplimiento. Teniendo en cuenta los resultados de nuestro estudio, podemos valorar que este método permite el aprendizaje continuo y la adquisición de las habilidades y capacidades necesarias por parte del residente a través del feedback continuo con el adjunto responsable.

P336.– REPERCUSIÓN DE LA TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN DEL TIEMPO Y EL AMBIENTE LABORAL.

PINA-MINGORANCE C, MESTRE-ALMARCHA MJ, MARTINEZ-NIETO AB, TORNEL-COSTA C, MARTINEZ-BUENO MA, SANCHEZ-CATALICIO M.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

OBJETIVOS:

Evaluar la repercusión, en la mejora de la gestión del tiempo y el ambiente laboral, de la sustitución telemática del procedimiento de confirmación telefónica, al Servicio de Farmacia de la preparación de la quimioterapia de los pacientes oncohematológicos de Hospital de Día Médico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizan los registros manuales de confirmación telefónica de la quimioterapia de Hospital de Día Médico, correspondientes a 24 jornadas laborales de lunes a viernes previas a la sustitución de la vía telefónica por el sistema informático (PRE), 24 y 48 jornadas posteriores a la implantación de la medida "consulta en Selene® de agenda horaria de asignación de sillón al paciente" (POST) y (REPOST).

RESULTADOS:

La actividad asistencial en los tres periodos de tiempo evaluados en cuanto a pacientes atendidos y mezclas elaborados ha sido prácticamente constante. PRE (535 pacientes/1612 mezclas); POST (570 pacientes/1746 mezclas); REPOST (554 pacientes/1756 mezclas). Para estimar el beneficio en la gestión del tiempo, se considera un minuto por llamada multiplicado por dos, dado que es necesario una persona a cada lado de la línea de teléfono para establecer la comunicación. Los datos de las tres evaluaciones fueron: PRE 945 llamadas (1890 minutos), POST: 428 (856 minutos) y REPOST: 336 (672 minutos). La disminución de llamadas telefónicas en la primera evaluación tras incorporación de la tecnología fue de 517(54,50%) seguido de una disminución adicional de 28,27% (92 llamadas menos) a los 48 jornadas de incorporar la tecnología. La traducción en ahorro de tiempo total fue de 609 llamadas 64,04% que se corresponden con 1218

minutos (que optimizan 50,75 minutos en una jornada laboral de 7,3 horas) añadido al beneficio de reducir el número de llamadas que interrumpen sistemáticamente el trabajo de la persona que atiende el teléfono y del resto de los 7 profesionales que comparten el espacio de trabajo.

DISCUSIÓN:

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC´s) introducidas en un proceso de trabajo cualesquiera no garantizan por si mismas ninguna ventaja, para ello es necesario tener conocimiento del proceso que se pretenden tecnificar e incorporar la tecnología paulatinamente, empezando por los procesos más básicos y evaluando su impacto real como requisito necesario. Las TIC's son importantes porque facilitan la comunicación y mejoran la productividad, la calidad y el control de las empresas incluido el sistema sanitario público.

P337.– OPTIMIZACIÓN DE LAS PETICIONES DE ANALÍTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO.

SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, AMOROTO-DEL RIO E, MAR-MEDINA C, PULIDO-HERRERO E, GALLARDO-REBOLLAL MS, QUINTEIRO-GARCIA AI.

SERVICIO DE URGENCIAS Y LABORATORIO HOSPITAL GALDAKAO. GALDAKAO.

OBJETIVOS:

Optimización de las peticiones de analíticas realizadas desde el Servicio de Urgencias según la evidencia científica disponible y a las necesidades de manejo de los pacientes en estas unidades, centrándonos en patología respiratoria (EPOC y neumonía), , dolor torácico de etiología coronaria y dolor abdominal. Así mismo, pretendemos ajustar el petitorio de pruebas disponible en el programa informático de gestión de pacientes (PCH), adecuándolo a las necesidades del Servicio de Urgencias

MATERIAL Y MÉTODOS:

En primer lugar se revisó la literatura científica existente en relación a las pruebas de laboratorio para neumonía, EPOC, dolor torácico de perfil coronario y dolor abdominal, enfocándolo desde el punto de vista del funcionamiento, necesidades y disponibilidad de estas en el Servicio de Urgencias. Se modificó la estructura del petitorio, cambiando de un sistema centrado en diagnósticos finales a uno basado en el tipo de pruebas. Para las patologías señaladas se excluyeron del petitorio inicial aquellas pruebas que se consideraron innecesarias. Se estableció un sistema esclonado de peticiones en base a la complejidad de estas. No se excluyó del petitorio la posibilidad de pedir cualquier prueba existente previamente

RESULTADOS:

Se analizaron los datos correspondientes a los pacientes atendidos entre el 1 de Marzo y el 30 de Abril de 2010 y 2011, correspondiendo el segundo periodo al posterior a la implementación de las modificaciones, con 13463 pacientes atendidos en el primer periodo y 13543 en el segundo, ajustándose los datos al número de pacientes atendidos en cada periodo. Para las gasometrías arteriales se produjo una reducción del 22% del total de estas, gasometrías venosas

disminución del 12,76%, Ag de Legionella en orina 23,94% menos, Ag S.Pneumoniae una reducción del 24,76%, hemogramas 12,5% menos, TTPA 23,5% menos, INR 20,48% menos. Para la GPT una reducción del 43,5%, Bilirrubina 67,84% menos, proteinas totales 73,66% de reducción, albúmina 69,97% menos. Para el caso de la troponina bajaron las peticiones un 10,22%, la CK un 13,86%, la CK-MB un 96,65%. Para el total de pruebas solicitadas, se paso de 73693 pruebas a 62098, es decir, una reducción media global del 16,29%.

DISCUSIÓN:

La optimización de las peticiones de las pruebas de laboratorio ha permitido reducir de una manera importante el número de pruebas solicitadas para los procesos seleccionados, lo cual supone un importante ahorro económico y de tiempo. El análisis de estos resultados dentro del Servicio ha permitido interiorizar la importancia de una buena gestión de los recursos disponibles, sin perder calidad en la asistencia prestada al paciente

P338.– EVALUACION Y MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL: "INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA DEL PACIENTE".

JIMENEZ-FERNANDEZ R., ORTEGA-CONZALEZ A, AMADOR-LOPEZ G, FUNES-HERNANDEZ M, SANCHEZ-LORCA S.

H.U. VIRGEN ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Observamos un número insuficiente de Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería al alta (ICCA) realizados a los pacientes que eran dados de alta y que requerían dicho informe; también comprobamos deficiencias en la cumplimentación de alguno de sus apartados. Por tanto, el objetivo que nos planteamos fue el siguiente: "Evaluar y mejorar cualitativa y cuantitativamente los ICCA elaborados en cuatro Unidades de Hospitalización del HU. Virgen de la Arrixaca, para conseguir una comunicación efectiva con los profesionales sanitarios de Atención Primaria, asegurando así una continuidad de cuidados de enfermería de todos aquellos pacientes que los precisen".

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para realizar el Ciclo de Mejora, establecimos cinco criterios (C1 a C5) para su evaluación, dirigidos a la obligatoriedad de realizar ICCA a todos los pacientes que precisaran cuidados de enfermería al ser dados de alta (C1), registrando el motivo del ingreso/diagnostico médico (C2), realizando diagnósticos de enfermería formulados en formato PES (C3), en caso de deterioro de la integridad cutánea, se registraría tipo y localización de lesión y tipo de cura realizada (C4), por último, se registraría tipo de sonda (vesical, SNG...), así como la fecha de colocación de la misma (C5). Desde el 1 de abril al 30 de junio del 2009 revisamos las historias clínicas informatizadas de pacientes que al ser dados de alta en las cuatro unidades a estudio requerían ICCA, comprobamos el grado de cumplimiento de cada uno de los criterios establecidos y realizamos la 1ª evaluación. Luego, aplicamos medidas correctoras dirigidas al soporte informático y a la formación y motivación del personal de enfermería de cada una de las unidades estudiadas. Por último, durante los meses de octubre y

noviembre del mismo año, realizamos una 2ª evaluación, utilizando la misma metodología que para la 1ª.

RESULTADOS:

Después de proceder a la 1ª evaluación, realizamos un análisis de los resultados, obteniendo que de una muestra de 60 informes de alta médica, que precisaban ICCA, solo el 60% de ellos cumplían el primero de los criterios C1. El resto de los cuatro criterios restantes no alcanzaban el 55%. Como consecuencia de lo anterior, aplicamos las medidas correctoras mencionadas anteriormente y realizamos la 2ª evaluación. El resultado de esta última dio lugar a notables mejoras, alcanzando en el criterio 1 un 71,66% de grado de cumplimiento y en el resto de criterios se llegó a obtener hasta un 70% de cumplimiento.

DISCUSIÓN:

Destacamos la importancia de realizar ICCA, en todas las Unidades por parte del Personal de Enfermería de nuestro hospital, para asegurar una continuación de los cuidados del paciente y familia, así como la sensación por parte de éstos de recibir un trato humanitario e integral, sintiéndose parte del proceso asistencial. También consideramos que esto implica una comunicación efectiva entre el personal de Atención Especializada y de Atención Primaria.

P339.– TALLERES DE ACTUALIZACIÓN PARA MEJORAR INTERRELACIONES ENTRE SERVICIOS DE URGENCIA DE HOSPITAL Y DE ATENCION PRIMARIA.

PEDREÑO-PLANES JJ, VILLAESCUSA-PEDEMONTE ME, GÓMEZ-SÁNCHEZ R, MONZÓ-NÚÑEZ E, SOLER-GARCÍA R, SANZ-MORALES JA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

OBJETIVOS:

Para un adecuado progreso el sistema sanitario requiere la integración de los dos niveles asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria. En ambos niveles los servicios de urgencias tienen la necesidad de compartir entre todos sus profesionales las relaciones, los conocimientos y la práctica clínica para adaptar sus habilidades a su medio laboral. Desarrollamos un programa dirigido a mejorar las competencias y la comunicación entre los servicios de urgencias intra y extrahospitalarios de un área de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El programa se lleva a cabo en el servicio de urgencias de un hospital que atiende una población de 250.000 habitantes. Además es referente regional para determinadas especialidades. Este área cuenta con 5 servicios de urgencias de atención primaria con una cobertura zonal de 340.000 ciudadanos. Se desarrollan unos talleres de formación y actualización dirigidos a un total de 100 profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, de estos servicios. Consisten en un programa teórico-práctico con docencia interactiva que se realiza en el servicio de urgencias del hospital, con casos clínicos reales que comparten entre la parte docente, profesionales de urgencias del hospital, y la parte discente, profesionales de urgencias de atención primaria. Se han establecido tres tipos de turnos de lunes a viernes, con un máximo de 4 profesionales (2 médicos/as y 2 enfermeras/os) por turno. Durante un mes, cada día de la semana se le adjudica a un servicio de urgencias de atención primaria.

RESULTADOS:

Los talleres de actualización se han iniciado en marzo de 2011. Todos los servicios de urgencias de atención primaria

del área están participando de forma alternativa, siendo el grado de aceptación elevado. Esperamos que en el plazo de un año, al menos, el 80% de las plantillas hayan realizado el programa de formación. En diciembre de 2011 se efectuará un estudio para evaluar el grado de participación y aceptación de los profesionales de ambos niveles.

DISCUSIÓN:

Fomentar el reciclaje y la formación continuada de los profesionales sanitarios de urgencias contribuye a revisar y profundizar en los conocimientos clínicos, manejo adecuado del paciente e interpretación de pruebas complementarias en la atención urgente. Asimismo, hacerlo entre profesionales de diferentes niveles aumenta la comunicación, mejora las relaciones y establece pautas de actuación similares.

P340.– EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN 4 RESIDENTES DE MATRONA DE UN MISMO PARITORIO.

CARAVACA-BERENGUER MJ, SÁNCHEZ-NANCLARES G, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ SM, OSETE-BAÑOS S, CARAVACA-BERENGUER AM.

UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE MURCIA. MURCIA.

OBJETIVOS:

El OBJETIVO PRINCIPAL es comparar la pericia profesional en base a la disminución del traumatismo perineal en el parto eutócico entre 4 profesionales con idéntico tiempo de formación en el mismo paritorio. Entre los OBJETIVOS SECUNDARIOS figuran validar un indicador de calidad de la atención al parto normal que permita medir la variabilidad de resultados entre profesionales, monitorizar su evolución como residente y establecer un método de evaluación objetivo de la pericia en la atención al parto normal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un ESTUDIO retrospectivo de los expulsivos realizados por 4 residentes de matrona del mismo paritorio entre el 1 de junio de 2010 y 1 de junio de 2011. Se analizaron las siguientes VARIABLES tras una búsqueda bibliográfica y revisiones de recomendaciones de organismos oficiales: paridad, edad gestacional, edad materna, grado de desgarro perineal producido y realización o no de episiotomía. Analizamos la tasa de incidencia de traumatismos perineales dividiendo éstos en 5 grupos por orden de gravedad atendiendo a sus secuelas: 0= Periné íntegro, 1=desgarro tipo I, 2=desgarro tipo II, 3=episiotomía y 4=desgarro tipo III. Se estudió la asociación entre paridad y traumatismo perineal así como entre éste último y la edad materna en estos expulsivos. Para ello se establecieron dos grupos etarios (menores y mayores de 30 años) en base a la edad que la bibliografía describe como punto de inflexión en la elasticidad de los tejidos. Dado que el estudio se centra en la atención al parto normal el CRITERIO DE EXCLUSIÓN se extendió a todo parto distócico. Se analizaron todos lo expulsivos eutócicos de los 4 profesionales sin realizar muestreo ni método de sustitución

RESULTADOS:

Se observaron marcadas diferencias en las tasas de incidencia de traumatismo perineal entre los distintos profesionales: El porcentaje de periné íntegro varió desde un 11,76% hasta un 41,67%, el desgarro tipo I entre un 19,44% y un 36,36%, el desgarro tipo II de 5,56% a un 28,26%, las episiotomías de un 13,04% a un 47,06% no registrándose ningún caso de desgarro tipo III en ninguno de los 4 profesionales. El número de expulsivos de cada profesional también varió durante idéntico tramo de formación: desde 17 hasta 46 expulsivos. En global se observa una tasa de episiotomía baja (24%) tomando como referencia las publicadas en todas las Comunidad Autónomas (33% - 73%). Lo más llamativo es el alto porcentaje de periné íntegro que si le sumamos el porcentaje de desgarro tipo I tendremos un 58% de partos sin afectación muscular perineal. No se observaron diferencias significativas entre los 2 grupos etarios.

DISCUSIÓN:

El bajo índice de episiotomía es explicable por el uso de criterios restrictivos provenientes de la estrategia del parto normal que se aplican en dicho paritorio. Se observa una gran variabilidad en los resultados de los profesionales en cuanto a la calidad de atención al parto normal que no se justifican por diferencias en el tiempo ni en el contenido ni origen de su formación.

P341.– CALIDAD PERCIBIDA POR LAS PUÉRPERAS EN LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL.COMPARACIÓN 2002-2010.

MÁS-CASTILLO A, NIETO-MARTÍNEZ P, FERNÁNDEZ-TARAZAGA R, GARCÍA-RUÍZ C, MURCIA A, RAMÓN-ESPARZA J.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAl. MURCIA.

OBJETIVOS:

Desde el año 2002 se recoge la opinión de las puérperas del Servicio de Obstetricia de los 9 hospitales de agudos de nuestra Región a través de la Encuesta EMCA de Calidad Percibida. A lo largo de estos años se han implantado acciones de mejora en los centros sanitarios, destinadas a aumentar la calidad de la información recibida por dichas mujeres y sus acompañantes. El objetivo de este trabajo es analizar la mejora de la calidad percibida por las usuarias de los Servicios de Obstetricia de nuestro Servicio de Salud sobre la información suministrada desde 2002 hasta 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Población: 863 puérperas en el año 2002 y 1.158 en el año 2010, en los Servicios de Obstetricia de 9 hospitales. Periodo de estudio: años 2002 y 2010. Se comparan los resultados obtenidos en el año 2002 y 2010 en nueve indicadores de la dimensión Información, obtenidos mediante el cuestionario EMCA de valoración de calidad percibida, enviada por correo postal para ser autocumplimentada al alta hospitalaria.

RESULTADOS:

Tasa de respuesta: 56,08% en 2002; 40,93% en 2010. Aunque los niveles de cumplimiento de los nueve indicadores referidos a información que se analizan son en general bajos (seis de ellos por debajo del 85%) al comparar ambos años se observa una franca mejoría en todos. En los indicadores sobre la información que se recibe sobre el recién nacido, la mejora fluctúa desde los 5,4 puntos de mejora en las medidas de identificación de los recién nacidos hasta los 15 en la información recibida sobre los cuidados y alimentación del niño al llegar a planta. En los indicadores de información general la mejoría también es importante, destacando esta en el indicador sobre la claridad en las respuestas del personal médico y del personal de enfermería

a las preguntas de la encuestada (10,7 puntos) y (7,5 puntos) respectivamente.

DISCUSIÓN:

Los Contratos de Gestión establecen objetivos de cumplimiento mínimos a nivel de indicadores de calidad percibida y establecen acciones de mejora destinadas a alcanzar estos objetivos. Debido a la implantación desde 2002 de ciclos de evaluación y mejora en relación a la información recibida por las mujeres que han dado a luz, se observa una mejoría evidente en 2010 a nivel regional. Al desagregar los datos a nivel de hospital estas mejoras se reflejan en aquellos centros que han desarrollado acciones destinadas a la mejora de la información dada a la puérpera. La implicación de los profesionales en la puesta en marcha de las actividades de evaluación y mejora tienen cómo consecuencia una mejora de la calidad en la prestación de los servicios, lo cual no pasa desapercibido para el usuario de los mismos y se refleja en sus opiniones en las encuestas que se les aplican.

P342.– ¿QUÉ RECORDAMOS DE LOS SUCESOS ADVERSOS VIVIDOS? ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DE UN TALLER DE NOTIFICACIÓN.

CHANOVAS-BORRÀS MR, TOMÁS-VECINA S, ROQUETA-EGEA F.

PROGRAMA SEMES SEGURIDAD DEL PACIENTE.

OBJETIVOS:

Analizar los tipos de eventos adversos (EA) pasados que hayan causado un impacto en los alumnos de los Cursos de Instructores (CI) en Seguridad del Paciente (SP) del Programa de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) de Seguridad del Paciente y que son notificados en los talleres de los CI en SP

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, de los ejercicios del taller de notificación de EA efectuados por los alumnos en los cursos de instructores en Seguridad del Paciente (SP) del Programa SEMES de SP Se analizan las variables: ámbito asistencial, tipo de EA, FC y CL según clasificación de C. Vincent, daño sobre el paciente (DP) y medidas correctoras (MC) efectuadas para evitar su recurrencia. Se analizan el total de notificaciones y se diferencian urgencias hospitalarias (UH) y emergencias prehospitalarias (PH)

RESULTADOS:

Se incluyen en el estudio 202 ejercicios de notificación correspondientes a 6 CI en SP Ámbito asistencial: 62 % UH y 34 % PH Tipo de error: medicación 51%, demora asistencial 8%, paciente erróneo 8%, infravaloración paciente , caída paciente y error en técnicas 6%. En el ámbito PH la demora asistencial 13% y error en técnicas 9% fueron mas frecuentes, mientras que en en UH fue más frecuente el error en medicación 55% y paciente erróneo 13% Se describieron un total de 457 FC, con una media de 2,3 por notificación. En UH predominaron los factores relacionados con el equipo humano 32% y los relacionados con las tareas y tecnología 30%; en PH predominaron los factores relacionados con el profesional sanitario 30% Se detectaron un total de 607 CL, con una media de 3,0 por notificación. Predominaron las CL relacionadas con el diseño de tareas y claridad de funciones 18% (UH 19/PH 17%),

comunicación 12% (15/8%), sobrecarga de trabajo 11% (12/11%) y conocimientos 10% (9/10%) DP: incidente que no llego al paciente o que no causo daño 34% (UH 32/PH 36%), incidente con daño moderado 38% (41/35%), incidente con daño grave o muerte del paciente 28% (27/29%) Se proponen 385 MC, 1,9 por caso notificado. Rediseño de tareas en 76 notificaciones, 24% (UH 18/PH 32%), incorporar sistemas verificación y prevención errores de medicación en 55, 14% (18/9%), formación en 69, 18% y mejora comunicación (oral, escrita, transfer pacientes) en 38, 10% (11/8%) son las MC mas mencionadas. En un 7% no se efectuaron medidas correctoras.

DISCUSIÓN:

Los sucesos relacionados con medicación son los más recordados en los alumnos UH, mientras que la demora asistencial lo son en la PH, esto transmite probablemente los sucesos adversos de mayor impacto en los profesionales de UH y PH sobre los que podrían orientarse las medidas correctoras Los talleres prácticos de notificación son una fuente de datos que permite conocer el perfil de los EA presentes en UH y PH La falta de conocimientos esta presente en un 10 % de los casos, aspecto que debe ser tenido en cuenta en la planificación de la formación reglada de los profesionales de los Servicios de Urgencias y Emergencia

P-343.- CÓMO IMPLICAR A TODOS LOS PROFESIONALES EN LA OBTENCIÓN DEL SELLO DE CALIDAD EFQM 400+.

PASTOR I MILLAN JR, VENEZUELA IZQUIERO E, GOMILA VILA X, JARDÍ LLIBERIA J, GALVÉZ HERNÁNDEZ G.

INSTITUT CATALÀ D'AVALUACIONS MÈDIQUES. BARCELONA.

OBJETIVOS:

Conseguir una organización interna óptima, implicando a todos los profesionales de la organización, para la obtención del sello de calidad EFQM 400+ en 13 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Acompañamiento por consultores externos. Decisión compartida por el equipo directivo. Planificación exhaustiva y consensuada en equipo. Revisión del cumplimiento de las etapas por expertos. Opinión del licenciatario necesaria para valorar los pasos siguientes.

RESULTADOS:

RESULTADOS +:

+La utilización de los grupos de mejora como eje fundamental para la consecución del certificado EFQM.

+Implicando en el proyecto a profesionales de todos los ámbitos de la organización.
+Creación de un grupo interno encargado de elaborar la memoria.

+Mapa de procesos y procedimientos definidos.

+Evaluación de la satisfacción de los grupos de interés

(clientes, usuarios y profesionales).

+Orientación a las necesidades y expectativas de los grupos de interés (clientes, usuarios y profesionales).

+Equilibrio de las alianzas como recurso clave.

+ Guías de evaluación como innovación, añadiendo valor a los procesos clave.
+ La explicación/defensa de la memoria en directo permitió desvanecer dudas de los evaluadores.

RESULTADOS -:

- El corto periodo de tiempo disponible y las pausas incurridas debido a errores-soluciones (por falta de experiencia) provocó tensiones finales que puso en duda el proyecto.

- Falta de conocimientos previos/experiencia en elaboración de memorias EFQM. No visualizamos previamente como debería de ser la memoria final.

- Empezar a redactar la memoria antes de focalizar los temas sobre los que actuar e informar.

- Contenidos de la memoria no definidos claramente (gráficos, datos, información).

- Proceso de recopilación y de aseguramiento de la calidad de la información no suficientemente definido.

- Faltó realizar mayores esfuerzos comunicativos internos dirigidos al grupo de elaboración y redacción.

DISCUSIÓN:

Antecedentes potentes garantizan una buena base (necesario pero no suficiente). Formar equipo para defender una realidad (la unión del equipo compensó explicaciones imprecisas en la memoria). Convencimiento de que la labor realizada hasta el momento merecería un reconocimiento externo.

AGRADECIMIENTOS

Las Sociedades Española y Murciana de Calidad Asistencial, desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes Instituciones y Empresas:

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

Gobierno de España
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

MSD

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Boehringer Ingelheim

GRÜNENTHAL

Colegio Oficial de Enfermería Región de Murcia

NOVARTIS

Pfizer

janssen
Johnson & Johnson

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

AMGEN
20 AÑOS
Amgen SA 1990-2010

Almirall
Soluciones pensando en ti

AENOR

Datix
Software for patient safety